

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

POUR LE

N^o 255

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jean-Pierre LEGRIS

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris.

Né le 28 décembre 1912, à Bar-le-Duc (Meuse).

**La Syphilis
Gastrique Biloculaire**

Président : M. A. GOSSET, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1938

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jean-Pierre LEGRIS

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris.

Né le 28 décembre 1912, à Bar-le-Duc (Meuse).

**La Syphilis
Gastrique Biloculaire**

Président : M. A. GOSSET, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1938

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	N...
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FLEISSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
	LEREBoullet.
	NOBÉCOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux	CUNEO.
Clinique des maladies infectieuses	GOSSET.
Clinique chirurgicale	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Clinique d'Assistance médico-sociale	CROUZON.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
AMELINE Pathologie chirurgicale.	DOGNON Physique.
BARIETY Pathologie médicale.	FEY Urologie.
BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.	FUNCK Pathologie chirurgicale
BERNARD (Etienne) Pathologie médicale.	GALLIARD Parasitologie.
BEZANÇON	GASTINEL Bactériologie.
(Justin) Hydrologie.	DE GAUDART D'ALLAINES. Patholo-
BOULIN Pathologie médicale.	gie chirurgicale.
BULLIARD Histologie.	GAYET Physiologie.
CATHALA Pathologie médicale.	DE GENNES .. Pathologie médicale.
CHEVALLIER.. Pathologie médicale.	GIROUD Histologie.
COSTE Pathologie médicale.	HAGU'ENAU.... Pathologie médicale.



II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN ... Anatomie pathologique
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL.. Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LEVY .. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.

MM.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE.. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophthalmologie.
 RICHEL Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIÈRE Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.
 ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 LARDENNOIS . Pathologie chirurgicale.

MM.
 LEROUX Anatomie pathologique.
 PHILIBERT ... Bactériologie.
 VAUDESCAL .. Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.
 ALAJOUANINE.
 AUBERTIN.
 BRULE.
 CHABROL.
 DONZELOT.
 DUVOIR.
 LIAN.
 PASTEUR-VAL-
 LERY-RADOT.
 SÉZARY.

Clinique médicale.

MM.
 BASSET.
 BROCC.
 CADENAT.
 GATELLIER.
 MOURE.
 QUENU.
 SCHWARTZ.
 VELTER.

Clinique chirurgicale.

MM.
 ECALLE.
 METZGER.

Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
 RUPPE Stomatologie.
 WEIL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON GRAND-PERE

A MES PARENTS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR A GOSSET

Chirurgien de la Salpêtrière.
Professeur de clinique chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris.
Membre de l'Académie de Chirurgie.
Membre de l'Institut.
Grand Officier de la Légion d'Honneur.

*Qui m'a fait le grand honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR RENÉ A. GUTMANN.

*Qui a bien voulu m'inspirer ce travail :
en témoignage respectueux de ma reconnaissance pour les excellents conseils qu'il
m'a toujours prodigués.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR E. SERGENT

MONSIEUR LE PROFESSEUR DUVAL

MONSIEUR LE PROFESSEUR FIESSINGER

MONSIEUR LE DOCTEUR WEILL-HALLE

Externat.

MONSIEUR LE PROFESSEUR SCHWARTZ

MONSIEUR LE PROFESSEUR L. OMBREDANNE

MONSIEUR LE DOCTEUR J. CHIRIE

MONSIEUR LE DOCTEUR G. MILIAN

MONSIEUR LE PROFESSEUR F. BEZANÇON

MONSIEUR LE DOCTEUR RENÉ A. GUTMANN

INTRODUCTION

C'est ANDRAL qui pour la première fois en 1834, observant une malade qui présentait des ulcérations syphilitiques du pharynx, et chez laquelle aucun traitement n'avait pu améliorer les troubles gastriques concomitants, pensa que cette gastropathie devait avoir la même étiologie et en effet l'action du traitement anti-syphilitique fut si rapide que « après la douzième friction, l'état de la malade n'était plus reconnaissable ».

C'est pourquoi il écrivait en 1838. « Nous ne voyons pas pourquoi des ulcérations des muqueuses viscérales ne pourraient pas reconnaître la syphilis pour cause et céder à un traitement antisiphilitique, mais des observations de ce genre, la science les attend encore. »

Depuis cette époque plusieurs observations ont été publiées dans la littérature médicale; aussi le Dr FOURNIER pouvait-il écrire en 1806. « La science ne les attend plus aujourd'hui, car elle en possède déjà bon nombre et des plus authentiques ».

Par la suite les observations se sont multipliées en France comme à l'étranger. Et depuis la découverte de la réaction de Bordet-Wassermann, qui permet de mettre en évidence des syphilis inconnues ou vo-

lontairement cachées, on eut tendance à étiqueter syphilitique toute atteinte gastrique, présentant des symptômes atypiques et même parfois typiques.

Comme l'avait écrit le Professeur FOURNIER, dans le premier numéro de son journal « La syphilis » paru en juillet 1903 : « L'estomac lésé par la syphilis n'a pas pour exprimer sa souffrance des troubles fonctionnels différents de ceux qui servent d'expression à des lésions gastriques relevant de causes très différentes ». Et si l'on constate que l'on avait alors peu d'armes thérapeutiques contre le cancer et même l'ulcère, l'on comprend que l'on se soit efforcé de mettre en évidence le plus souvent possible les gastropathies de nature syphilitique contre lesquelles il était si facile d'obtenir de telles améliorations et parfois même la guérison.

Contre cette tendance manifestement exagérée. M. CASTEX ne va-t-il pas jusqu'à prétendre que 90 % des ulcères de l'estomac sont syphilitiques; de nombreux auteurs, surtout en Amérique se sont attachés à la recherche d'un critérium qui permette d'affirmer la syphilis gastrique :

la clinique peut fournir quelques signes intéressants;

l'examen du suc gastrique est inconstant, quoique l'hypochlorydrie soit le plus fréquemment observée;

la réaction de WASSERMANN a un gros intérêt, mais il est souvent difficile de savoir s'il s'agit d'une lésion syphilitique, ou d'une lésion banale chez un sujet ayant la syphilis;

L'anatomie-pathologique a beaucoup gagné en intérêt depuis que les interventions sur l'estomac sont devenues beaucoup plus fréquentes, mais les coupes restent toujours d'interprétation délicate. Cependant c'est souvent grâce à elle que la syphilis est soupçonnée devant des champs microscopiques où aucune caractéristique d'autres affections mieux connues n'apparaît.

La thérapeutique ne nous apporte qu'un élément en faveur du diagnostic, si son résultat est favorable, mais de son insuccès on ne peut pas conclure à l'absence de lésions syphilitiques.

En résumé la somme de ces différents examens ne peut qu'entraîner une conviction plus ou moins forte en faveur de la syphilis, ce qui n'est d'ailleurs pas le propre de la localisation à l'estomac de cette maladie. La radiographie elle-même n'apporte aucune certitude, c'est pourquoi l'on a essayé de mettre en évidence dans les coupes prélevées sur les tuniques gastriques, le tréponème pâle de SHAUDINN; si des spirochètes furent en effet découverts, d'autres difficultés surgirent : la différenciation de ce germe. Certains auteurs pensent que ce sont des saprophytes banaux, cependant il semble qu'il existe des cas indubitables où le tréponème put être identifié.

Quoiqu'il en soit les cas où vraiment la syphilis puisse être incriminée, où aux symptômes et aux résultats des examens précédemment rappelés, s'ajoutent des lésions cutanées, nerveuses ou cardio-vascu-

lares spécifiques, semblent plus rares qu'on ne le pensait il y a seulement une dizaine d'années.

Parmi les lésions variées que détermine la syphilis sur la paroi gastrique, il en est une assez caractéristique et qui peut faire penser dès qu'elle est reconnue, à la syphilis : la biloculation gastrique paraît d'après la plupart des auteurs la plus fréquente et la plus typique.

Notre maître, M. GUTMANN, ayant eu l'occasion d'en étudier un cas très intéressant, que nous publions plus loin, a bien voulu attirer notre attention sur les nombreux problèmes que soulèvent cette lésion particulière et nous a conseillé de le prendre comme sujet de ce travail.

Nous étudions donc après un court historique de la question, les signes physiques, les résultats de l'examen radiologique, des différentes recherches de laboratoire, et la valeur que ces différents signes peuvent avoir pour affirmer l'origine syphilitique des lésions gastriques.

HISTORIQUE

Si l'on remarque combien les observations de syphilis gastriques l'abritent de toute critique sont rares, on constate combien parmi celles-ci, les observations de syphilis biloculaires sont fréquentes.

Avant la découverte de la radiologie, les cas sont rares, ce ne sont que des découvertes d'autopsie.

La première observation de biloculation gastrique spécifique est vraisemblablement celle citée par FRÉRICHS dans son « traité des maladies du foie » et que GAILLARD rapporte en 1866.

Chez un malade présentant des lésions cicatricielles syphilitiques du foie, FRÉRICHS note dans le compte-rendu de l'autopsie :

« Sur la petite courbure de l'estomac : petite cicatrice rayonnée qui donne naissance à une cloison remarquable entre le cul de sac cardiaque et la portion pylorique de l'estomac ».

Mais si l'origine syphilitique paraît en cause, car les lésions hépatiques sont certaines, aucun examen histologique ne peut en fournir la plus petite preuve.

En 1903, LAFLEUR publie l'histoire d'un malade chez lequel on rencontre pendant l'opération un estomac biloculaire et des gommages calcifiés au bord inférieur de l'estomac; à l'ouverture de l'estomac on

trouve une ulcération serpigineuse qui fut excisée; examinées au microscope elles montrèrent une infiltration chronique sans caractère malin, constituée en grande partie par du tissu scléreux.

Par la suite, le malade fut traité par la médication spécifique et il guérit. Naturellement il n'y eut pas d'examen radiologique de pratiqué.

Depuis les observations se sont multipliées, mais la première qui fut étudiée radiologiquement, est celle que MM. LEVEN et BARRET présentèrent en 1910 à la société médicale des hôpitaux.

Nous noterons également parmi les cas les plus intéressants les observations de MM. BÉCLÈRE et BENS AUDE, RUDNEW, MYERS, HOLITSCH, TUOHY, GAILLARD et MENDELSON, LOEPER, HAYEM et LYON, TURPIN, MEHLING, PAUCHET et HIRSCHBERG.

SYMPTOMATOLOGIE DES ESTOMACS BILOCAIRES SYPHILITQUES

Avant d'étudier les estomacs biloculaires syphilitiques nous allons rappeler rapidement les signes classiques de la sténose médiogastrique, signes qui devaient permettre d'établir le diagnostic sans la radio, mais qui ont perdu de leur intérêt depuis que tout examen gastrique comporte des clichés radiographiques.

1°) SIGNES SUBJECTIFS : ils n'apparaissent que si la sténose est assez marquée; ce sont des troubles dyspeptiques banaux : digestion lente, difficile, sensation de plénitude ou de pesanteur après les repas; CLOZIER DE BEAUVAIS a même décrit un bruit de glouglou gastrique.

Lorsque la sténose est très serrée il existe en dehors des signes propres à la cause de cette sténose, des douleurs plus ou moins tardives vives continues que les vomissements calment, parfois même complètement.

Ceux-ci sont très fréquents, d'autant plus précoces que la sténose est voisine du cardia. Le plus souvent, ils surviennent en trois périodes (LOEPER) d'abord alimentaires, puis muqueux et à nouveau alimentaires.

2°) SIGNES PHYSIQUES. — L'inspection peut mettre en évidence une tension intermittente de l'épigastre de peu d'étendue et située à gauche de la ligne médiane.

La palpation peut montrer une masse plus ou moins étalée.

L'auscultation montre le bruit de glou-glou. Ces dernière méthodes combinées indiquent le clapotage, qui pour avoir de la valeur doit être étudié en fonction de l'évacuation gastrique.

L'exploration à la sonde montre à jeun des débris alimentaires comme dans toute sténose d'ailleurs. JAWORSKI a décrit en 1883 quelques symptômes particuliers : après évacuation complète en apparence de l'estomac, on provoque encore du clapotage.

Lorsque l'on pratique un lavage d'estomac il ressort toujours moins d'eau qu'on en a introduit.

BOUVERET en 1893 indique le signe suivant : le lavage se fait régulièrement l'eau ressort claire lorsque tout à coup elle devient trouble. Il s'est produit un reflux du contenu de la poche inférieure dans la poche supérieure. C'est ce même auteur qui a étudié les résultats de l'insufflation : parfois les deux poches s'insufflent ensembles, le plus souvent seule la supérieure est gonflée, et c'est alors qu'apparaît le « syndrome de BOUVERET » le clapotage montrant un estomac bas situé et l'insufflation le situant au contraire en haut et à gauche de la ligne médiane.

En fait ces signes le plus souvent incomplets, par-

fois même absents sont d'interprétation difficile exigent des manœuvres multiples beaucoup plus compliquées que celles de la radiographie qui peut seule donner une certitude et qui les a pratiquement détronées complètement.

Nous allons maintenant étudier la symptomalogie proprement dite de la syphilis gastrique biloculaire. Nous remarquerons en consultant les diverses observations publiées sur ce sujet, qu'il n'est pas possible d'extraire un critérium, qui puisse aider au diagnostic étiologique de la syphilis biloculaire, car la variété des signes, leur banalité, l'impossibilité même de trouver un seul signe vraiment pathognomonique, ne peuvent qu'amener une impression plus ou moins forte, jamais une certitude.

Au point de vue clinique, pratiquement il s'agit des mêmes symptômes que ceux de la syphilis gastrique dont on sait les aspets si variés.

Tantôt le malade se présente comme un dyspeptique banal, quoique ce mode de début soit rare, nous signalerons cependant l'observation suivante :

OBSERVATION N° 1.

(LOEPER et TURPIN. Progrès médical, n° 30, 1924).

Un homme de 59 ans vient consulter le 18 octobre 1923 pour troubles dyspeptiques, lenteur de digestion, sensation de poids à l'épigastre et l'examen complet révèle une glosite superficielle et scléreuse, de manifestations d'aortite et d'un B. W. positif.

L'examen radiologique montra une sténose médiogastrique

incomplète; en plus de l'image classique en sablier, apparaissait un véritable éperon cylindro-conique se dessinant au niveau de la portion moyenne de la zone canaliculaire intermédiaire aux deux poches.

En présence de la glossite et de l'aortite, on rattacha à l'infection syphilitique, les lésions gastriques et un traitement quinio-bismuthique fut institué.

Très rapidement survint la guérison anatomique; l'amélioration fonctionnelle avait été presque immédiate. Les radiographies en série permettent de suivre cette régression progressive de la sténose. Sur une radiographie un mois plus tard, toute sténose avait disparu, l'estomac est de type orthotonique et une contraction apparaît au niveau de la portion verticale de la petite courbure. Un dernier examen radiologique pratiqué le 14 janvier 1924 nous montre que l'amélioration se maintient et que l'estomac légèrement hyperkinétique est normal alors que l'opacité irrégulière de l'aorte persiste.

Tantôt, ce qui est beaucoup plus fréquent, l'histoire de la maladie rappelle celle du cancer; troubles digestifs apparaissent depuis peu de temps, amaigrissement rapide, pertes de force, cachexie, les observations suivantes les mettront bien en évidence :

OBSERVATION N° 2 (résumée).

(BÉCLÈRE et BENS AUDE. Bull. et mém. de la société médicale des hôpitaux. Séance du 19 mai 1911).

Un cas de syphilis gastrique, estomac biloculaire, troubles graves de la nutrition simulant un néoplasme, retour à la santé par le traitement spécifique, contrôle radiologique.

Il s'agit d'un homme de 54 ans, venu consulter le 30 nov. 1909 et ayant contracté la syphilis trente ans auparavant.

En 1898, à la suite d'un surmenage, apparurent pour la première fois des troubles gastriques, consistant en douleurs et brûlures, sans vomissement, ni hémorragie, mais avec amaigrissement rapide de 20 kilogs; on pensa alors à un ulcère, et après un traitement banal, le malade est guéri en trois mois.

Depuis 1903 jusqu'en 1908, les troubles reprennent par crises.

En Octobre 1909, les troubles digestifs reprennent plus violents et ne cèdent plus, le malade maigrit de 10 kilogs en 2 mois et arrive à un état de cachexie qui fait penser à un cancer. L'examen du suc gastrique révèle une hypopepsie légère, avec hypoacidité portant sur l'acidité totale et l'acide chlorhydrique libre.

L'insufflation montre deux ballons séparés par une dépression médiane, leur limite inférieure est à même hauteur à deux travers de doigts au dessus de l'ombilic.

L'examen radiologique est pratiqué le 3 décembre : la radioscopie montre une poche stomacale en soucoupe siégeant sous les fausses côtes gauches. La radiographie montre de plus l'aspect bilocule de l'estomac (la seconde poche n'étant emplie que 15 à 45 minutes après que le bismuth ait occupé la première). Celui-ci « est manifestement formé de deux poches, la poche supérieure en forme de large soucoupe horizontale et la poche inférieure en forme de longue éprouvette presque verticale. Les deux poches étant pour ainsi dire placées de part et d'autre d'un éperon très aigu, il n'est pas possible de décider s'il s'agit d'une biloculation organique ou d'une biloculation fonctionnelle spasmodique ».

Le malade est mis au repos au lit et alimenté par tubogavage. Après une amélioration de 15 jours les troubles recommencent et vont en s'accroissant. On décide alors en Janvier 1910 d'intervenir chirurgicalement. Cependant auparavant on tente le traitement antisiphilitique.

Il reçoit le 28 janvier 1910 la première piqûre intra-musculaire de biiodure de mercure. Dès les premières injections, l'amélioration est telle que le malade peut quitter son

lit, puis tous les troubles gastriques disparaissent, il peut s'alimenter normalement et en un mois il reprend 4 kilogs, et bientôt il fait de longues promenades sans fatigue.

Jusqu'en Août, il reçoit alternativement un traitement à l'iodure de potassium et du mercure.

On suspend le traitement à ce moment.

En Mars 1911, il pèse 73 kilogs soit une augmentation de 20 kilogs, il mange et digère normalement.

Radioscopiquement, la biloculation avait persisté mais profondément modifié, la communication entre les deux poches se faisant beaucoup plus rapidement et facilement.

Sur les radiographies suivantes, la biloculation a diminué, mais elle n'a pas disparu complètement.

Le malade a été suivi jusqu'en 1918, date à laquelle il est mort subitement. Il n'y a pas eu d'autopsie.

OBSERVATION N° 3 (résumé).

Bockus et BANK (upper gastrointestinal disease associated with syphilis).

Il s'agit d'une Italienne de quarante huit ans, chez laquelle on ne trouve pas du reste de lésions syphilitiques, mais une fausse couche. Depuis 6 mois, elle se plaint d'une douleur épigastrique vive continue avec troubles dyspeptiques associés, vomissements, anorexie, amaigrissement considérable, la malade pesait alors 34 livres (américaines).

A l'examen on ne percevait aucune tumeur.

La radiographie montre une contraction siégeant au niveau des 2/3 supérieurs de l'estomac donnant l'image en sablier. On pose le diagnostic de cancer; cependant on essaie un traitement antisiphilitique avec du mercure et iode.

L'amélioration est considérable en deux mois, la malade prend 9 livres.

La radio montre toujours l'image en sablier.

Après cinq mois de traitement, les symptômes cliniques ont complètement disparu, la malade a gagné 12 livres, mais la radiographie ne montre toujours que peu de changement.

Dans ces observations la palpation ne révélait aucune tumeur au creux épigastrique; mais il existe des cas où une masse était facilement perçue au niveau de l'estomac accentuant encore la ressemblance avec un cancer. Voici d'ailleurs une observation qui met bien en évidence cette forme :

OBSERVATION N° 4 (résumée).

(H. A. SINGER. Syphilis of the stomach).

R... F... nègre, âgé de 33 ans, admis le 4 août 1928 avec le diagnostic de constriction et l'œsophage.

Le début remonte à l'été 1926, après un lourd repas survinrent des vomissements assez fréquents pendant quelques jours, puis tout se calma et ce n'est qu'au bout de 6 mois que les vomissements reprirent, d'abord les aliments solides, puis les liquides et bientôt le lait lui-même était rejeté; 4 minutes après l'ingestion du lait, celui-ci était vomi, ne présentant aucune trace de digestion. Il n'y avait que les glaces qu'il pouvait ingérer sans vomir.

Depuis le début de l'année, il a perdu 60 livres.

Dans les antécédents, on note qu'il a du avoir un chancre en 1924.

L'examen révèle un amaigrissement considérable, la palpation montre au creux épigastrique une tumeur de la taille d'une orange, peu mobile et légèrement sensible.

Le B. W. est fortement positif.

L'examen radiologique montre une obstruction au passage de la bouillie barytée siégeant juste au milieu de l'estomac, on note aucun remplissage de la poche inférieure. L'œsophage est dilaté (comme dans les sténoses du cardia).

Evolution. Malgré le traitement par iode, potassium, néosalvarsan et mercure, les symptômes ne s'amendent pas, mais on constate que la tumeur a diminué et est devenue de la taille d'un œuf de poule.

Une intervention est décidée, mais le malade meurt par bronchopneumonie.

L'autopsie est pratiquée : l'examen de l'estomac montre une sténose serrée, et l'examen histologique, révèle l'absence de cellules cancéreuses, mais des lésions de sclérose, que l'on rattache à la syphilis.

Dans d'autres cas la sténose syphilitique est annoncée cliniquement presque exclusivement par une ou plusieurs hémorragies, quoique cette forme soit rare également, en voici cependant une observation :

OBSERVATION N° 5.

LEMIÈRE, GAUTHIER et RAULOT LAPOINTE.
(Gazette des hôpitaux, 8 et 10 Mars 1921).

Mme B... âgé de 35 ans, n'ayant jamais présenté de troubles gastriques, ressent le 8 octobre 1919 pendant et après une course prolongée en automobile sur de mauvaises routes, une sensation de pesanteur désagréable dans la région épigastrique. La nuit suivante est bonne, mais pendant la journée du 9 octobre. Mme B... éprouve à plusieurs reprises de légères douleurs épigastriques sans relations apparentes avec l'ingestion d'aliments. Pendant la nuit du 9 au 10 octobre elle dort paisiblement.

Le 10, elle se réveille avec la même douleur d'estomac, sans appétit, n'absorbe aucun aliment. Elle applique un cataplasme sur la région épigastrique et elle ressent brusquement une douleur plus vive, a un éblouissement et elle émet en 3 ou 4 saccades un vomissement rouge mêlé de caillots noirâtres et d'aliments.

Elle reste quelques minutes dans un état voisin de la syncope, puis se remet très rapidement et n'a plus de douleur depuis le vomissement.

Le 11 octobre, entre à l'hôpital.

A l'examen : Malade pâle, un peu déprimée, ne souffre pas. Son appétit a reparu; pouls à 85°; à l'abdomen rien d'anormal.

Par ailleurs rien, si ce n'est une oxostose peu volumineuse siégeant à la partie interne de l'extrémité inférieure du fémur droit et ayant débuté à l'âge de 14 ans.

En 1909, elle aurait été traitée au Quinze-vingt pour cho-réïdite par injection de mercure jusqu'en 1914. A ce moment, le B. W. aurait été négatif et l'on interrompit le traitement.

Le 11 octobre et le 12, selles mælaniques.

Le 13 octobre, le chimisme gastrique montre :

Acide chlorhydrique libre 0

Acidité totale 0,29

Acide lactique traces

Le 15 octobre un examen radiologique est pratiqué; il donne les renseignements suivants :

Estomac allongé étiré à sa partie moyenne. Le corps est un peu dilaté à sa partie inférieure. Pylore normal. Contractions gastriques limitées à la portion juxta-pylorique, de rythme et d'intensité normaux. Estomac mobile, pas d'adhérences, mais il existe à la partie inférieure une zone claire entourée de deux filets sombres qui ne varie pas avec les mouvements et qui est indolore.

On conclut à néoplasie gommeuse de la paroi postérieure.

Le 31, le B. W. est positif.

On commence alors un traitement par le néosalvarsan.

Le 24 novembre, à l'examen, toujours image en sablier, mais la zone claire a diminuée, il persiste seulement à cet endroit une plage moins sombre.

Le 26 nov., la malade sort ne présentant plus aucun trouble.

En décembre, une nouvelle radiographie montre un estomac normal.

Si dans l'observation qui précède, nous avons constaté que la douleur était pratiquement absente, il

n'est pas toujours ainsi. L'élément douleur est souvent prédominant, d'apparition de durée, d'intensité variables, souvent intermittente dont le rythme ressemble parfois à celui de l'ulcère banal, d'où la description de cette forme sous le nom de pseudo-ulcéreuse, les deux observations suivantes se rapprochent assez de ce type :

OBSERVATION N° 6.

LENOIR et COFFIN (thèse de Lumière, Paris).

Mme P... entre dans le service le 6 octobre 1924, pour phénomène d'obstruction intestinale.

L'affection semble avoir débuté brusquement en novembre 1923, la malade aurait présenté alors des douleurs violentes, siégeant à l'épigastre et irradiant dans tout l'abdomen; elle eut des vomissements, mais ni hématemèses, ni melæna. Elle fut hospitalisée alors, la crise dura une dizaine de jours.

Cependant la malade ne recouvre pas son état de santé antérieur. Elle accuse des douleurs qui surviennent dans la matinée, d'autres plus fréquentes apparaissent vers 11 heures du soir. Ce sont des douleurs périombilicales s'accompagnant de borborygmes; elles sont vives et durent toute la nuit. Les vomissements sont rares et alimentaires, mais les nausées sont fréquentes, les selles sont régulières.

Au moment de son entrée à l'hôpital, la malade accuse des douleurs vives, épigastriques, continues avec des paroxysmes. Elle n'a pas eu de selles depuis huit jours, mais émet des gaz; elle a vomi les jours précédents.

C'est une malade petite, maigre, dyspnéique.

L'abdomen est peu tympanisé et présente une légère circulation veineuse collatérale sur les flancs.

Défense musculaire généralisée.

Il existe deux points douloureux très nets; l'un à l'épigastrique et l'autre dans la fosse iliaque droite.

Le foie est petit, rate normale.

Le cœur présente un souffle systolique à la base.

Les réflexes tendineux sont normaux, il n'y a pas de signe d'Argyll Robertson.

Une radioscopie pratiquée en juin 1924 avait montré :

une biloculation de l'estomac, une encoche de la grande courbure avec en face de la rigidité de la petite courbure et une niche,

une évacuation lente du contenu gastrique,

un bulbe duodénal normal,

mais une dilatation globuleuse de la deuxième portion du duodénum, une dilatation sus-stricturale, car on remarquait une atrésie duodénale sous-jacente. Un second examen après repas opaque avait montré :

un transit gastro-duodénale normal, mais cœcum fixé en haut de la fosse iliaque droite.

Après traitement par atropine, la malade va mieux et a une selle dans laquelle on ne trouve pas de sang.

Mais bientôt tous les symptômes réapparaissent et peu de temps avant d'opérer la malade, arrive le résultat positif du B. W.

Le 24 novembre, on commence des injections de novarsé-nobenzol. Une amélioration très nette survient, avec augmentation du poids.

Mais une bronchopneumonie enlève la malade le 28 décembre.

L'autopsie de l'estomac montre :

une biloculation très marquée : gros ganglions sur les deux courbures : adhérences considérables au foie en haut, au pancréas en bas.

A l'ouverture : sur la petite courbure, ulcus calleux avec diverticule. Sur la grande courbure, ou plutôt sur la face postérieure, un ulcus de la dimension d'une pièce de 5 francs ; il est perforé et a ulcéré le pancréas, ses bords sont calleux, mais il est rempli de sang et peut être considéré comme responsable d'une hémorragie que la malade avait eu quelques heures avant de mourir sous forme de mélæna.

Toute la muqueuse gastrique présente de nombreuses pe-

tites saillies de consistance très dure, elles sont de la dimension d'un grain de blé et prédominent à la partie moyenne de l'estomac entre les deux ulcères.

OBSERVATION N° 7.

TUOHY (Interstat. méd. journal, St-Louis, 1914).

Il s'agit d'un homme de 35 ans commerçant, souffrant de l'estomac depuis 2 ans 1/2. Douleurs sourdes aussitôt après le repas au niveau de l'épigastre. Ces douleurs augmentent progressivement amenant un vomissement 15 minutes après le repas. Il reçoit le traitement classique de l'ulcère et au bout de trois semaines se trouve très amélioré. Ne vomit plus que de temps à autre. Au bout de 4 mois, revient très amaigri. On lui donne des alcalins. Il a un répit d'un an. Il revient de nouveau, ses douleurs sont devenues intolérables continues. Il nie la syphilis, mais la réaction de B. Wassermann est très positive. L'examen radioscopique montre un estomac en sablier.

Le traitement antisiphilitique est commencé. Le malade néglige son régime habituel, mais l'amélioration est assez sensible pour que bientôt cet homme puisse reprendre ses occupations. En cinq mois son poids a augmenté de 12 kgs. Le malade mange tout ce qui lui plaît.

Alors que le premier examen radioscopique ne montrait qu'une communication à peine sensible entre les deux poches, au deuxième examen après cinq mois de traitement, l'estomac se vide rapidement au bout de 20 minutes, une quantité notable du repas est passée dans l'intestin grêle.

D'après les observations qui précèdent, on peut conclure que la syphilis gastrique biloculaire ne possède en propre aucun signe particulier. Ceux décrits ne sont que ceux qui traduisent les formes variées de la syphilis gastrique, qui fut étudiée en particulier,

FOURNIER, DIEULAFOY, MURCHINSON, FIOUPE, HAYEM et LION, DROZDA, CHIARI, LANGOVOÏ, LOEPER, etc.

Cette syphilis qui emprunte elle-même les signes classiques des ulères, des cancers et même des dyspepsies banales. Cependant on remarquera la présence des vomissements qui ne manquent dans aucun cas. C'est pourquoi certains auteurs (J. RACHET et BAULOT) décrivent deux périodes dans l'évolution;

une première plus ou moins longue, qui traduirait les signes d'infection syphilitique; parfois hématurie, nausées.

une seconde, où apparaissent les vomissements alimentaires parfois abondants contenant des aliments ingérés depuis plusieurs jours. C'est une période caractérisée par une rétention alimentaire, traduisant une sténose. Mais ce sont les mêmes signes que ceux de la sténose pylorique, auquel on pense en général, car la plus fréquente et en fait c'est la radiographie qui fait le diagnostic.

Cependant les symptômes sont parfois difficiles à rattacher ceux d'une des affections les plus fréquentes de l'estomac; ceci n'est pas d'ailleurs spécial à l'atteinte gastrique. Dans l'observation suivante de M. GUTMANN, nous allons voir une symptomatologie tout-à-fait curieuse et qui n'est pas banale; d'abord une période de douleur, douleur commençant avec les premières bouchées et cessant dès que le repas a pris fin, puis ces douleurs durent plus longtemps et ce sont alors les vomissements qui les calment : vomissements alimentaires uniquement.

Mais bientôt ce sont ces vomissements qui dominent la scène. L'intolérance devient telle que presque tous les aliments sont rejetés.

Si l'évolution générale rappelle ce que nous avons décrit précédemment, le type de cette douleur, dont l'horaire est bizarre, ainsi que l'enchaînement dans l'évolution, doit retenir l'attention.

OBSERVATION N° 8.

GUTMANN, PETIT-DUTAILLIS, WERTHEIMER et BERTRAND

(Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris)

Syphilis gastrique avec estomac en sablier.

Mme G..., trente-huit ans. Aucun antécédent spécial, pas d'enfants, pas de fausse couche. Il y a dix ans a eu quelques douleurs d'estomac sans caractère net et ayant duré une quinzaine de jours. Radiographiée à ce moment, considérée comme atteinte d'ulcère juxta-pylorique. Les clichés que nous avons pu examiner ont l'intérêt de nous montrer une intégrité absolue de l'estomac, non seulement du côté de l'antré, mais aussi dans la région qui sera ultérieurement atteinte.

La maladie actuelle a débuté il y a deux ans et demi. Elle a commencé par des douleurs survenant après le repas, « pas à la première, mais à la deuxième ou troisième bouchée »; cette douleur était épigastrique, très haute, presque rétro-sternale; elle persistait pendant tout le repas, violente « à donner la chair de poule », s'atténuant vers la fin du repas, disparaissant dès qu'il était terminé. (Rétrospectivement, nous pouvons l'interpréter comme une douleur de distension). Aucun autre trouble. Pas de nausées, pas de vomissements, selles normales.

La malade commence en même temps à maigrir; elle perd 7 kilogrammes en quatre mois. Elle est traitée par la Laristine, sans grande amélioration.

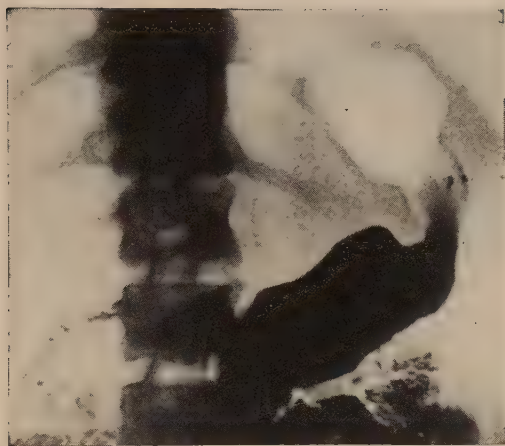


FIG. 1 (cliché de juin 1937). — Déformation débutante de la partie moyenne de l'estomac. Aspect étroit et lisse constant sur tous les clichés.



FIG. 2 (cliché de septembre 1937). — Déformation typique en sablier.

Devant la persistance des douleurs, elle vient consulter à Lyon. Un examen général ne révèle rien de particulier. La malade est nerveuse, elle pleure facilement.

Du point de vue génital, on trouve une rétroversion fixée et des lésions annexielles douloureuses.

En raison de ces constatations gynécologiques nettes, on pense qu'il peut s'agir de troubles gastriques réflexes et on décide d'intervenir.

L'opération est faite le 13 octobre 1936, sous rachianesthésie par l'un de nous (Dr Wertheimer).

« Il existe de grosses lésions de pelvi-péritonite séreuse et adhésive; à droite, hydrosalpinx. On fait une résection partielle de la trompe; à gauche, annexite chronique : salpingotomie. Résection du nerf pré-sacré. L'appendice présente une induration anormale (tumeur intra-pariétale) appendicectomie.

L'examen histologique de l'appendice (professeur Noël) montre un carcinoïde appendiculaire, tumeur développée aux dépens des cellules argentaffines de la muqueuse intestinale ».

Après cette intervention, il y a une légère amélioration; la malade reprend du poids, mais cela dure peu et les douleurs recommencent comme auparavant.

Mme G..., après quelques mois, revient consulter le Dr Wertheimer qui demande un examen radiologique de l'estomac. Celui-ci est pratiqué le 22 mai 1937 par le Dr X..., qui conclut :

« Estomac normal, petit. Réplétion incomplète permettant de voir la muqueuse lisse, sans plis dans sa moitié supérieure. La partie moyenne de la petite courbure est pseudo-lacunaire. Cet aspect provient de la réplétion insuffisante et de la compression possible par le foie que l'on sent à ce niveau. Pas d'image d'ulcus, ni de tumeur. Conclusion : gastrite. »

(Commentaire : En réalité, les clichés montrent bien une absence de plis de la partie supérieure, mais l'aspect anormal signalé n'est pas « pseudo-lacunaire ». Il est caractérisé par une déformation constante de la partie correspon-

dante de l'estomac, rétrécissement large et régulier, du type linitique.)

A la suite de cet examen, un traitement médical est ordonné, anti-spasmodiques divers, kaolin, etc.

Les douleurs persistent et peu à peu s'aggravent lentement.

En juin 1937 apparaissent pour la première fois des vomissements.

Ceux-ci, qui vont dorénavant dominer la scène, sont très spéciaux.

Dès les premières bouchées, la malade ressent la douleur habituelle et vomit ce qu'elle vient de prendre. Quelquefois ces vomissements durent pendant tout le repas dont une partie était gardée. D'autres fois, peu à peu, la malade en mangeant très lentement, arrivait à garder une partie du repas; dans ces conditions, il persistait un malaise douloureux, et, une heure ou deux après, de nouveaux vomissements survenaient, contenant des aliments et une abondante quantité de liquide.

Peu à peu, la malade maigrit dans des proportions considérables et c'est presque cachectique que nous la voyons à Paris, en septembre 1937.

Son état de faiblesse est tel qu'il est impossible de lui faire faire tout de suite les divers examens nécessaires et elle est envoyée en clinique.

On la réhydrate,, on essaye l'atropine, une alimentation liquide. Rien n'y fait; dès les premières bouchées, tout est immédiatement vomi.

Après quelques jours, renonçant à remonter préalablement l'état de la malade, on pratique un examen radiographique.

Celui-ci montre un aspect tout à fait curieux. L'estomac a une forme de sablier composé de deux portions oblongues et piriformes, réunies par une partie canaliculaire d'un calibre inférieur à celui d'une plume d'oie. Toute la portion juxta-stricturale des deux parties est effilée, raide, sans plis ni péristaltisme. Immédiatement au-dessous du point le plus rétréci, on voit une petite image médiane

constante de niche. La partie supérieure ne comprend que la poche à air et la région tout à fait haute du corps de l'estomac. Elle mesure 6 centimètres environ. La baryte passe en filet continu d'une poche à l'autre.

Cet aspect, qui présente un type général vaguement linéaire, paraît l'exagération de celui qu'on observe sur les clichés de mai 1937 (quatre mois plus tôt).

Dans ces conditions, on décide d'opérer d'urgence et, après transfusion, l'un de nous (Dr PETIT-DUTAILLIS) intervient le 11 octobre 1937, le Dr WERTHEIMER et le Dr GUTMANN étant présents.

A l'ouverture de l'abdomen, on a la surprise de tomber sur un estomac qui paraît sain. Aucune trace de biloculation. Au palper, il semble y avoir un léger épaissement des parois sans ulcération ni tumeur; mobilité parfaite, pas d'adhérences. Il existe quelques ganglions le long de la grande courbure dont on prélève un spécimen pour examen histologique.

La seule anomalie est une sorte de froncement de la partie haute de la grande courbure, comme si l'organe était en état de spasme permanent.

A ce moment, on incline à penser qu'il a pu s'agir d'un spasme et l'on pratique d'abord une énérvation de l'estomac (résection de deux branches nerveuses sur la face antérieure de la grande courbure).

Pourtant, on ne peut pas admettre qu'un aspect radiologique si net et si constant soit uniquement la conséquence d'un spasme, et l'on décide une exploration interne par gastrotomie. On incise l'estomac verticalement au niveau de la grosse tubérosité. En introduisant le doigt dans l'estomac, on constate qu'il existe, à l'intérieur de l'organe, une sténose serrée qui n'admet même pas la pointe du petit doigt; on peut tout juste y passer l'extrémité d'une pince de Kocher. Cette zone sténosée est sensiblement médiane, mais un peu plus rapprochée de la grande que de la petite courbure. On continue l'incision au travers de la sténose; qui, dans sa partie canaculaire, s'étend sur une hauteur de 2 cent. 5 environ. A la coupe, l'estomac en ce

point et d'ailleurs au-dessus et au-dessous, présente un aspect lardacé, les trois tuniques paraissant fusionnées; elles crient sous le couteau. Sur la paroi postérieure, au niveau même et juste au-dessus de la sténose, il existe une ulcération superficielle qui n'intéresse que la muqueuse, ulcération ovalaire à grand axé parallèle à l'axe de l'estomac qui présente 2 centimètres de long sur 1 centimètre de large. Cette ulcération d'ailleurs n'a aucune tendance à saigner; le fond est lisse et paraît constitué directement par la musculuse, les bords sont réguliers, nullement éversés. Il est à noter que, tout le long de l'incision, on est frappé par le fait que la muqueuse n'a aucune tendance à faire hernie; au contraire, elle rentre à l'intérieur de l'estomac. Il existe d'ailleurs une sclérose de la sous-muqueuse, aussi la muqueuse ne peut-elle être décollée de la musculuse. Cette muqueuse est considérablement épaissie, congestionnée, violacée. Il en est de même de tout le segment sous-jacent à la striction.

Devant l'état précaire de la malade et étant donné le petit volume du segment sus-strictural, on renonce à toute exérèse et on se contente de faire une gastroplastie : on transforme en plaie horizontale la plaie verticale que l'on vient de faire et on la suture en deux plans : Premier plan total (par nécessité) au catgut tanné; deuxième plan à la soie. La suture va de la petite à la grande courbure et on a l'impression d'avoir rétabli le calibre normal de l'organe. Fermeture de la paroi en étages, sans drainage.

On a prélevé sur la surface de section une longue tranche qui sera examinée histologiquement.

Devant ces constatations, on pense à une limite, mais on décide néanmoins de pratiquer les examens sérologiques qui faisaient partie des recherches décidées en principe à l'entrée de la malade en clinique.

Quelques jours plus tard, nous recevons la réponse du laboratoire Wassermann, Hecht, Meinicke, tous trois ++++.

(Notons que l'examen de sang du mari de la malade, pratiqué quelques jours après, montre également toutes les

réactions positives, mais à un degré moindre. Il ignore d'ailleurs toute syphilis et n'en a aucun stigmate).

En même temps, et sans connaître encore les résultats sérologiques, l'un de nous (Ivan Bertrand) communique le résultat histologique que l'on trouvera un peu plus loin.

La malade est mise immédiatement à un traitement spécifique actif (cyanure, bismuth).

Les suites opératoires sont normales; dès que l'alimentation est reprise, tous les aliments passent bien. Il n'y a plus ni douleurs, ni vomissements. Le poids augmente progressivement.¹ La radio de contrôle nous montre un estomac déformé, avec un passage moins large entre la partie supérieure et la partie inférieure, mais sans aucun arrêt.

Actuellement, trois mois après l'opération, la malade se nourrit normalement et va bien du point de vue digestif.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — Après fixation dans le liquide de Bouin, les fragments prélevés sont inclus dans la paraffine, coupés et colorés suivant les procédés courants.

On se trouve en présence d'une lésion singulière constituée par un épaississement considérable de la paroi gastrique, portant surtout sur la tunique sous-muqueuse. Cette tunique lardacée représente environ les deux tiers de l'épaisseur totale de l'estomac, c'est son hypertrophie qui a causé le rétrécissement de la cavité gastrique et déterminé la majeure partie de la symptomatologie clinique.

Nous étudierons successivement les lésions des divers plans pariétaux :

a) La muqueuse, continue sur toute l'étendue des fragments examinés, ne présente aucune trace d'ulcération. Elle est cependant un peu atrophiée et renferme quelques microkystes de dimensions modérées. Ces microkystes sont développés aux dépens de diverticules glandulaires ectasiés, leur revêtement est constitué par des éléments cylindro-cubiques clairs reposant sur une basale intacte. Le cho-

(1) Une injection de bismuth juxta-sciatique a provoqué de vives douleurs et a ralenti quelque temps la reprise de l'état général.

rion muqueux présente une densité variable, il est souvent œdédié et contient toujours une proportion considérable d'éléments lympho-plasmocytaires. Cette réaction du chorion semble plus accentuée dans les couches profondes de la muqueuse, l'infiltration lymphoïde dépasse même nettement par endroits la *muscularis mucosæ* pour se continuer sans démarcation nette avec des infiltrats plus profonds de la paroi.

b) La *muscularis mucosæ* est toujours facilement reconnaissable, sauf au niveau des points où l'infiltration lymphoïde est anormalement intense.

c) La couche sous-muqueuse, par son énorme hypertrophie, représente nous l'avons vu, la lésion pariétale essentielle. Sa structure fibroïde actuelle est bien différente du tissu cellulaire lâche et facilement dissociable qui la constitue normalement. Les faisceaux collagènes sont ici d'une densité extrême, pressés les uns contre les autres, ils rappellent par leur disposition certaines cicatrices chéloïdes.

L'état fibroïde de la sous-muqueuse doit être mis sur le compte de lésions inflammatoires évolutives dont nous saisissons la trace sous forme de réactions vasculaires et infiltratives variées. S'il n'existe pas de thromboses artérielles indique une atteinte vasculaire profonde. L'endartère est généralement peu épaissie, les lumières vasculaires sont rétrécies et tendent par endroits à devenir virtuelles. La tunique adventitielle de la plupart des vaisseaux est le siège d'une infiltration lympho-plasmocytaire intense. Sur des coupes longitudinales, les vaisseaux montrent des gaines réactionnelles continues et très étendues.

En dehors des lésions infiltratives péri-vasculaires, il existe également des amas lympho-plasmocytaires isolés, sans connection artérielle. Nous n'avons observé aucune formation plasmodiale, même dans les régions les plus infiltrées. En de rares points, on surprend une nécrose fibrinoïde atténuée. Nulle part trace de production gommeuse.

d) La tunique musculaire présente à la coupe un aspect

cirrhotique dû à une importante sclérose interfasciculaire avec lésions dégénératives des fibres musculaires lisses. Ces lésions sont particulièrement intense à proximité de la sous-muqueuse.

Quoi qu'il en soit, les lésions de la tunique musculaire restent à l'arrière-plan et ne participent que modérément à l'hypertrophie pariétale.

e) Le ganglion lymphatique examiné ne montre que des réactions inflammatoires chroniques, sans nécrose.

Le diagnostic histologique ne permet aucune certitude, mais de fortes présomptions en faveur de la syphilis, en raison de l'intensité des réactions sclérogènes, des infiltrats lympho-plasmocytaires et des importantes altérations vasculaires.

Il est remarquable de constater l'absence de toute production gommeuse et de thrombose artérielle complète.

Avant de parvenir au diagnostic probable de syphilis gastrique, confirmé par les réactions sérologiques, nous avons éliminé d'autres hypothèses, en particulier celle d'une lésion plastique. Il n'existe aucun élément mucipare dans la sous-muqueuse pouvant déceler un épithélioma méconnu.

Les microkystes de la muqueuse relèvent par ailleurs de la transformation directe des culs-de-sac glandulaires. Ils ne peuvent être considérés comme des formations tératologiques ou tout au moins dysembryomateuses.

EXAMEN RADIOLOGIQUE

Avant d'énumérer les caractéristiques, ou du moins celles que l'on a essayé de décrire comme telles, nous montrerons rapidement l'aspect radiologique de la sténose médiogastrique; celui-ci d'ailleurs est bien net et ne souffre pas de difficultés d'interprétation.

A la radioscopie, on voit la bouillie barytée emplir une poche située à gauche de la ligne médiane, puis après quelques instants on voit se dessiner un mince filet baryté plus ou moins long et contourné et qui s'épanouit ensuite brusquement dans une seconde poche, celle-là située à droite de la ligne médiane sous le bord du foie. Enfin survient l'évacuation pylorique souvent plus rapide que normalement.

A la radiographie, on a l'image classique en sablier. Mais pour avoir de la valeur, il faut que l'image correspondant à la zone rétractée reste constante sur différents clichés. Notons qu'il existe souvent une dilatation de la portion suscardiaque de l'œsophage, comme on la rencontre également fréquemment dans la sténose du cardia.

Si, ainsi que nous venons de le voir la sténose médiogastrique est immédiatement reconnue radiologiquement sans erreur possible, existe-t-il par contre

des aspects propres à la sténose syphilitique ? De nombreux auteurs en ont décrits ayant plus ou moins de valeur ; et en réalité on est obligé de reconnaître qu'aucune image radiologique ne peut permettre d'affirmer l'origine syphilitique, car le plus souvent ce sont des images exceptionnelles et presque toujours d'interprétation difficile.

Cependant nous allons passer en revue quelques aspects, que leurs auteurs indiquent eux-mêmes avec réserve et qui si, ils n'ont pas de valeur absolue, n'en sont pas moins intéressants et méritent d'être signalés.

Pour M. GUTMANN, la lumière de l'isthme qui joint les deux poches serait le plus souvent centrale et régulière, la lacune serait concentrique et bilatérale et en réalité l'image serait plus d'une haltère que d'un sablier, de nombreux auteurs américains sont d'ailleurs de cet avis ; mais ceci n'a rien d'absolu et il est facile de trouver des observations où l'image radiologique est typiquement en sablier. Mais par contre, alors que MOORE et AURÉLIUS, donne la longueur de l'isthme comme caractéristique, à son avis elle ne l'est pas, car on peut très bien la rencontrer dans d'autres affections.

M. MATHIEU donne comme signe pouvant avoir quelque valeur, la présence d'une poche inférieure inextensible, alors que la supérieure est facilement dilatable. RACHET déclare que la pression ne peut faire refluer le liquide dans la poche supérieure. Ceci traduit l'envahissement de la partie inférieure de

l'estomac par la sclérose, mais les lésions envahissantes peuvent donner ces images.

Dans l'observation suivante très intéressante au point de vue radiologique, les auteurs mettent en évidence la persistance des plis gastriques, qui sont interrompus brusquement par la sténose, et qui reprennent plus bas dans le prolongement des supérieurs. Pour eux cet aspect devra faire penser fortement à la syphilis gastrique.

OBSERVATION N° 9.

(CHIRAY, CHÊNE et POIRIER. Les cahiers de gastroentérologie, 1^{er} juin 1934).

Syphilis gastrique, problème qu'elle soulève en pratique médicale.

M. F..., 55 ans, souffre depuis cinq mois de douleurs épigastriques apparaissant une heure et demie après les repas non calmées par les alcalins et quotidiennes; vomissements assez fréquents, l'appétit est conservé, mais il a maigri de 3 kilogs en un mois, car il restreint volontairement son alimentation.

L'examen ne révèle rien d'anormal.

La radiographie montre en permanence une sténose médiogastrique. Au delà de la communication entre les deux poches, on voit nettement les plis de la muqueuse semblant dans le prolongement les uns des autres.

Le chimisme gastrique montre de l'hyperchlorhydrie. Le B. W. est franchement positif.

On le soumet au traitement antisiphilitique par du novarsénobenzol et du cyanure.

Au bout de trois semaines, l'image radiologique se modifie en s'améliorant.

Après un mois et demi de traitement, le résultat se confirme.

Et le malade sort bientôt ne présentant plus aucun trouble fonctionnel.

Un certain nombre d'auteurs américains ont également remarqué ce caractère et pensent également que la syphilis est le plus souvent en cause dans ce cas.

M. BENHAMOU, à la suite de plusieurs observations, a décrit l'aspect radiologique suivant : sur une encoche de la grande courbure il a constaté sur le versant supérieur des dentelures irrégulières en dents de scie comme « découpées aux ciseaux ». Ces aspects sont vraisemblablement d'origine spasmodique, car ils disparaissent rapidement par le traitement, ainsi que nous le verrons dans une observation publiée plus loin.

Ainsi ces aspects, de l'aveu même des auteurs, n'ont rien de pathognomoniques, et la radio à elle seule ne fait la preuve de la syphilis. Mais la radio a cependant un rôle très important, comme témoin pourrons nous dire. C'est elle qui permet de suivre les effets du traitement : si au cours de celui-ci, on constate sur des clichés à quelques semaines d'intervalle une diminution de la retraction parfois même sa disparition on peut affirmer que l'épreuve est favorable nous verrons plus loin si l'on peut conclure à la syphilis; mais il est certain que sans ce contrôle radiologique répété, l'épreuve du traitement n'aurait aucune valeur, la thérapeutique anti-

syphilitique pouvant améliorer provisoirement d'ailleurs les troubles fonctionnels sans que la syphilis soit en cause et sans que les lésions anatomiques soient changées en rien.

Sans aller aussi loin que M. LUTHER HILL, qui écrit que l'aspect en sablier doit faire penser à la syphilis gastrique immédiatement, on peut penser, comme M. GUTMANN, que lorsque la radio nous montre une sténose médiogastrique et que les signes cliniques ne correspondent à aucune des autres affections de l'estomac qui donnent le plus souvent cet aspect radiologique, on peut alors penser que la syphilis est en cause, hypothèse qui sera confirmée par le résultat des autres examens.

RENSEIGNEMENTS FOURNIS PAR LES EXAMENS DE LABORATOIRES

Le premier de tous par son importance et sa facilité de recherche est sans aucun doute la réaction de BORDET-WASSERMANN; on peut presque affirmer qu'à l'heure actuelle un résultat d'examen serait incomplet s'il y manquait le résultat du B. W.

Si ainsi que nous venons de le voir dans les observations précédentes, le B. W. est fréquemment positif, il n'en est pas toujours ainsi; ce qui ne peut nous surprendre, car ainsi que nous le verrons plus loin, la sténose médiogastrique apparaît tardivement après le premier accident ou même chez des hérédosyphilitiques, chez qui le B. W. est fréquemment négatif.

Si son résultat est positif, il n'y a guère de difficultés d'interprétation. Il est logique de penser que la syphilis est responsable de cette lésion, dont la cause nous échappe, et d'instituer un traitement antisiphilitique. Mais il ne faudrait cependant pas affirmer que la syphilis est obligatoirement en cause. Si après quelques semaines de traitement on ne note pas d'amélioration, il faut penser que le sujet fait une lésion banale sur un terrain syphilitique et agir en conséquence. Témoin l'observation résumée de M. GUTMANN que nous transcrivons ci-contre :

OBSERVATION N° 10.

(GUTMANN, Archives maladies de l'appareil digestif, 13 janvier 1930).

Il s'agit d'une malade de 40 ans, syphilitique, mais chez laquelle le B. W. était toujours resté positif, qui présentait quelques temps des troubles dyspeptiques.

La radiographie montra une niche de la partie moyenne depuis la petite courbure avec en face une incisure spasmodique de la grande courbure.

L'examen du suc gastrique montre l'absence d'acide chlorhydrique libre et une quantité d'acides combinés de un gramme.

La malade est mise au Quimby et iodure.

Les troubles disparaissent rapidement, mais quatre mois après la niche persiste toujours sur les clichés.

Six mois après nouvel examen, la malade continuant à se bien porter, la niche existe toujours.

Deux ans après, la petite courbure est floue et rétractée autour de la niche. On décide alors la malade à se faire opérer.

L'examen histologique montre des images de dégénérescence néoplasique.

MM. LERICHE et JOUNG citent également le cas d'ulcère de l'estomac chez un syphilitique, que le traitement améliora au point de vue fonctionnel, mais l'ulcère persista et ils durent le faire opérer.

Si le B. W. est négatif, on pense alors rarement à la syphilis et pourtant souvent c'est elle qui a produit la lésion gastrique. Et si l'on essaye un traitement antisiphilitique, on constate souvent au bout de quelques injections, il revient positif.

Mais la difficulté devient beaucoup plus grande si

malgré le traitement le B. W. reste négatif et que cependant les lésions sont nettement améliorées, il est bien difficile de trancher; cependant il semble que les résultats du traitement doivent faire pencher la balance du côté de la syphilis, mais il faut que les résultats du traitement soit soigneusement vérifiés. L'observation suivante nous a paru assez typique :

OBSERVATION N° 11.

WEILL. (Bull. soc. thérapeutique, 8 nov. 1922).

Il s'agit d'une femme de 58 ans entrée le 8 novembre 1920, souffre de l'estomac depuis 20 ans, douleur survenant trois heures après les repas, vomissements bilieux de liquide irritant, amenant une grande amélioration; faim douloureuse, douleur en broche, grande constipation, anémie; amaigrissement intense.

Radiographie : image de biloculation avec spasme du dardia, mésogastrique et pylorique.

On ne trouve pas de stigmates de syphilis, le B. W. est négatif.

Cependant on prescrit du benzoate de mercure intraveineux.

Le poids augmente rapidement, les troubles fonctionnels diminuent puis disparaissent.

Les spasmes des orifices disparaissent.

Au bout de 2 ans, la sténose médiogastrique est toujours visible, mais moins considérable.

Le B. W. est toujours resté négatif.

En somme un B. W. positif indique que le malade est syphilitique, mais sa lésion peut ne pas avoir la même cause.

Un B. W. négatif ne prouve pas que le malade

n'est pas syphilitique et par conséquent sa lésion peut reconnaître cette origine.

Examen du contenu gastrique.

Dans la presque totalité des cas, la syphilis trouble le chimisme gastrique et le plus souvent il entraîne l'anachlorhydrie parfois complète, dans 85 % des cas pour EUSTERMANN, dans 80 % pour MORHARDT.

D'ailleurs pour GUY LAROCHE, la diminution de l'acide chlorhydrique serait un symptôme très fréquent chez les syphilitiques et aussi les hérédosyphilitiques. Pour HAUSMANN, le caractère commun de la syphilis gastrique est cette diminution de l'acidité.

Par contre UDAONDO trouve peu d'altération du chimisme gastrique chez les syphilitiques.

Après injection d'histamine, pour EUSTERMANN il ne semble pas que l'acidité soit beaucoup stimulée, mais le peu de renseignements que l'on possède sur ce genre d'examen ne permet pas encore de se faire une opinion bien nette.

Si l'on étudie les différentes acidités, on constate que c'est l'acide libre qui est très diminué ou même absent; par contre l'acide combiné semble augmenté, car si l'acide chlorhydrique diminue comme nous venons de le voir, il apparaît fréquemment des acides organiques et de fermentation, principalement de l'acide lactique. L'apparition de cet acide ne doit pas nous surprendre car elle traduit une obstruction au passage des aliments avec leur rétention. Aussi est-

il très fréquent dans la sténose pylorique, mais on le rencontre aussi quoique à un degré moindre dans la sténose médiogastrique.

M. SUNDARAM cite le cas d'un malade chez lequel on avait porté le diagnostic de syphilis gastrique et où l'examen du suc gastrique avait révélé l'absence d'acide chlorhydrique libre; on institua un traitement antisiphilitique et au bout de quelques mois on constata l'apparition d'acide libre. Ce fait est très important car il tendrait à prouver que la disparition de l'acide libre est un symptôme de la syphilis gastrique, puisque le traitement le fait réapparaître. Mais ce fait ne suffirait pas à prouver la syphilis car d'autres maladies s'accompagnent de ce symptôme, cependant ce serait une présomption beaucoup plus forte en faveur de la syphilis que celle donnée à l'heure actuelle par ce signe, puisque un certain nombre d'auteurs nient son existence.

Nous terminerons l'examen du suc gastrique en rappelant la présence fréquente de mucus et de sang visible ou occulte, dont la présence est banale puisqu'ils traduisent simplement une inflammation ou une ulcération de la paroi gastrique.

Enfin citons le cytodagnostic de Loeper, qui montre dans le cas de lésions spécifiques une grande abondance de lymphocytes : ce qui n'a d'ailleurs rien de caractéristique.

L'observation suivante montre quelques résultats de l'analyse du suc gastrique :

OBSERVATION N° 12.

POOLE et FORSTER. (The journal of the américain médical association, 27 juin 1931).

Il s'agit d'une américaine, âgée de 37 ans, qui, successivement se plaint de vomissements, perte de l'appétit et de poids. Le début remonte à un an environ : elle présentait alors des vomissements une heure après les repas.

Dans les antécédents on note un enfant prématuré pesant 1 kilog. 8.

L'examen révèle une malade pesant 31 kilogs 8, très amaigrie et deshydratée, petite masse dans le creux épigastrique. Rien dans les urines, ni au point de vue nerveux.

L'analyse du suc gastrique montre l'absence d'acide chlorhydrique libre, acide combiné 4 %.

Après repas d'épreuve : pas d'acide chlorhydrique libre, acide combiné, 3 %.

Le B. W. est positif.

La radiographie montre une image en sablier.

On institue un traitement antisyphilitique par arsphénamine intraveineux et mercure, chacun 6 semaines.

L'amélioration est rapide, le poids augmente; mais bientôt les symptômes réapparaissent, au bout de quatre mois, la radio montre toujours l'image en sablier, avec obstruction presque complète. On décide alors l'intervention chirurgicale.

On trouve un estomac petit rétracté, mais ni masse ni ulcération. L'examen histologique : nombreuses petites ulcérations, tissu fibreux avec quelques zones simulant tubercules ou gommes, et infiltration cellulaire dans les espaces périvasculaires, ces cellules sont des lymphocytes et quelques mononucléaires non identifiés.

On porte alors le diagnostic de granulôme, très probablement d'origine syphilitique.

Il se produit alors une amélioration très importante mais le B. W. reste toujours positif.

Toutes ces perturbations apportées au chimisme gastrique par la syphilis n'ont fait rien de spécifique, d'autres affections peuvent les produire. Car pour NEUGEBAUER, ils seraient dues à des troubles fonctionnels du vague. Par contre, GLASER soutient que l'acide chlorhydrique fait défaut parce qu'il existe une gastrite diffuse interstitielle et folliculaire.

Que ces causes agissent séparément ou simultanément ou même qu'ils en interviennent d'autres, il est certain que la syphilis ne peut être plus particulièrement incriminée qu'une infection banale. En résumé l'étude du chimisme gastrique n'offre pas d'éléments nouveaux pour reconnaître la syphilis, son rôle n'est cependant pas à dédaigner dans l'ensemble des symptômes de cette sténose se traduisant cliniquement de façon si banale.

Anatomie pathologique.

Bien que ces dernières années de nombreux examens histologiques aient été pratiqués soit sur des estomacs de sujets décédés, soit sur des pièces prélevés au cours d'une intervention chirurgicale, on n'est pas encore arrivé à trouver de lésions vraiment spécifiques. Et c'est pourtant, devant l'impossibilité d'affirmer cliniquement l'existence d'une syphilis gastrique, que l'on avait mis tous ses espoirs dans l'examen histologique. En réalité il est certain que seule la mise en évidence de spirochète dans les lésions peut affirmer la spécificité de cette atteinte gas-

trique, nous verrons plus loin ce qui a été fait à ce sujet.

Dans le cas particulier qu'il nous occupe, où les lésions de scléroses sont les plus importantes, il en est de l'estomac comme de tous les organes : on peut rencontrer des lésions de sclérose, de vascularite, une infiltration lymphocytaire périartérielle qui sont dus tout simplement à une infection banale qui en est à un stade chronique de son évolution, et non à la syphilis.

Cependant il peut exister en outre des lésions indiscutablement spécifiques associées; dans ce cas le diagnostic est beaucoup plus solide. Cependant si l'examen histologique ne nous montre pas de lésions syphilitiques, il a cependant un rôle très important, négatif, pourrait-on dire, celui de nous montrer l'absence d'autres lésions beaucoup plus graves auxquelles on avait pensé en faisant opérer le malade. Et c'est pourquoi l'anatomie pathologique garde une place principale malgré son peu de précision.

Quoiqu'il en soit nous allons essayer de mettre en évidence des lésions qui paraissent les plus caractéristiques.

Nous pensons que l'observation de M. GUTMANN citée plus haut et dont M. BERTRAND a fait l'examen histologique nous donnera les meilleurs renseignements à ce sujet.

Tout d'abord l'aspect macroscopique fournit de précieux renseignements : à l'ouverture de l'abdomen, alors que le plus souvent d'après l'examen radiolo-

gique et la clinique, on a trouvé de grosses déformations, on est surpris d'être en présence d'un estomac paraissant normal, il n'y a pas de biloculation visible. Le palper montre un léger épaissement et l'estomac est le plus souvent bien mobile. M. CHIRAY avait déjà insisté sur cette discordance entre les signes radiologiques et l'aspect opératoire, qui doit faire penser à la syphilis et non pas à un estomac indemne.

L'examen microscopique va nous montrer la sclérose siégeant dans la sous-muqueuse et amenant une hypertrophie de cette tunique qui tend à se développer dans la lumière gastrique et par conséquent à la rétrécir; c'est ce qui expliquerait que cette sténose soit visible sur la radiographie et ne le soit pas à l'ouverture de la paroi, d'autant plus qu'il s'y ajoute un certain degré de spasme qui tend à disparaître sous l'action de l'anesthésie.

Nous allons voir les lésions que la syphilis provoquerait en propre et tout d'abord, voici une observation où la spécificité semble vraiment en cause et où l'examen histologique a été pratiqué :

OBSERVATION N° 13 (résumée).

HARVIER et CAROLI. (Paris médical, 25 avril 1931).

Il s'agit d'une malade vue à l'hôpital présentant une dyspnée intense impossible à ausculter avec grosse matité en avant et sonorité normale en arrière, ce qui fit éliminer la possibilité d'une pleurésie à droite, rien d'anormal.

Elle meurt en 48 heures.

Peu après le résultat du B. W. arrive positif.

L'autopsie est pratiquée et révèle :

aorte dilatée depuis son origine jusqu'au défilé diaphragmatique.

Lésions de l'estomac :

1° Tumeur fibreuse du pylore (forme linite) épaissement des tuniques gastriques sans altérations péritonéales ou duodénales, pas de cellules néoplasiques, traînées d'infiltrations leucocytaires et légère atteinte des artères.

2° Placard de sclérose sous-péritonéale de la région médiogastrique située sur la grande courbure réalisant une ébauche de sténose médiogastrique : placard fibreux sous-péritonéal avec une artère présentant panvascularite oblitérante et altération des vasa vasorum.

3° Ulcération de la petite courbure sans caractère particulier.

4° Leucoplasie du cardia, couche cornée devenue verruqueuse à certains endroits avec dilatations vasculaires marquées dans la sous-muqueuse.

Pas de tréponèmes visibles.

En somme ici, ainsi que dans l'observation de M. GUTMANN, on trouve surtout des lésions des vaisseaux avec infiltration lymphocytaire et de sclérose, le tout prédominant dans la sous-muqueuse. Dans les deux cas il n'y avait pas de gommes. M. MATHIEU lui, au contraire admet qu'il existe une infiltration gommeuse avec tendance à l'organisation scléreuse à la périphérie des gommes. En plus, il existerait de la gastrite diffuse, les déformations, des ulcérations dues aux gommes avec rétractions plus ou moins étendues des parois et adhérences périphériques.

Parfois il existe un ulcère de la petite courbure correspondant à la sténose. Comme il existait diffé-

rents symptômes de syphilis et que le traitement améliorerait l'ulcère et la sténose, un certain nombre d'auteurs ont admis que cet ulcère devait être aussi d'origine syphilitique. Et ils ont recherché quelle différence histologique pouvait le différencier de l'ulcère simple.

Voici quelques caractères que l'on a mis en avant :

L'ulcère syphilitique aurait peu de tendance à s'étendre mais au contraire à perforer, il est rarement unique. Pour M. GOUGEROT, il serait dû à l'artérite oblitérante entraînant une mauvaise vascularisation de la muqueuse, d'où la facilité de la digestion de la paroi.

Pour d'autres auteurs il serait dû à l'ulcération d'une gomme, aussi les bords en seraient-ils gros, indurés et proéminants, la base serait irrégulière et présenterait habituellement un aspect grasseux, car elle serait recouverte de résidus de tissus gommeux nécrosés. Et M. HEMMETER aurait constaté que l'ulcère est plus petit dans la muqueuse que dans la sous-muqueuse, ce qui est le contraire dans l'ulcère simple. Dans ce cas, on trouverait alors, soit des proéminances traduisant la présence d'autres gommages soit de petites gommages visibles seulement au microscope.

Enfin, cet ulcère en se cicatrisant pourrait produire une rétraction formant une sténose médiogastrique.

Il est certain qu'il n'est pas impossible qu'il existe des ulcères d'origine syphilitique. Mais d'une part, la preuve formelle n'en a jamais été apportée. Pour

le critérium du traitement, nous verrons plus loin ce qu'on doit en penser, quant aux critères histologiques ils ne reposent que sur des différences de détails, et ne sont pas suffisants pour affirmer l'origine syphilitique, d'autant plus que nous n'avons pas trouvé cliniquement d'observations rappelant la symptomatologie ulcéreuse et que d'autre part, si les signes de l'ulcère simple sont bien connus, il n'en est pas de même de sa pathogénie et il est permis de penser que la syphilis peut avoir son rôle dans sa production, mais il n'en existe aucune certitude.

Parmi toutes ces lésions que nous venons de décrire, il semble que les gomme soient les plus caractéristiques car elles sont rares en dehors de la syphilis. Mais cependant, pour M. KONTJETZNY, les infiltrations dites gommeuses, ainsi que les altérations artérielles attribuées au tréponème sont courantes dans les lésions ulcéreuses et scléreuses.

Il est en effet probable que même présentant de semblables lésions, la syphilis peut ne pas être en cause. C'est en fait la présence seule du tréponème pâle dans les tissus lésés qui pourrait lever des doutes.

M. MAC NEE semble avoir été le premier à mettre en évidence des spirochètes dans une tunique gastrique, en 1922. Mais Mmes SINGER et DYAS en 1928 déclarent qu'il ne s'agit pas vraiment de tréponème pâle comme l'avait cru cet auteur.

Depuis, une dizaine de cas environ ont été publiés, nous rappellerons l'observation de Mms HARRIS et

MORGAN dans laquelle la recherche des spirochètes ont été faites complètement et soigneusement et où ils affirment qu'il n'y a pas de doute possible et qu'il s'agit bien du tréponème pâle.

OBSERVATION N° 14.

HARRIS et MORGAN (the journal of the american medical asst.,
22 octobre 1932).

Mise en évidence du spirochète pâle dans les lésions syphilitiques de l'estomac.

Il s'agit d'un nègre plâtrier, âgé de 50 ans qui s'est présenté à l'hôpital de la « Vanderbilt university » se plaignant de vomissements et de douleurs au creux épigastrique. Ses antécédants sont négatifs sauf le fait qu'il eut une ulcération à la verge lorsqu'il était jeune. Deux mois avant son admission, il a vomi fréquemment après les repas, du sang noir a été trouvé dans ses selles. Il a perdu du poids régulièrement.

L'examen physique met en évidence cette récente perte de poids. Une petite masse mobile légèrement tendue est trouvée au creux épigastrique.

Un examen aux rayons X après repas baryté révéla une sténose du pylore.

Il existait également une légère anémie. B. W. et Kahn fortement positif ? Le patient refuse un traitement antisyphilitique, et est renvoyé de l'hôpital.

Six semaines plus tard, il revient avec une obstruction complète du pylore. La laparotomie est pratiquée par le Dr BARNEY BROOKS. Le diagnostic préparatoire, était carcinome de l'estomac. A l'opération le pylore, la fin entière de l'estomac paraissait prise dans ce qu'il semblait être une masse inflammatoire hyperémiee et œdémateuse. De grands nodules lymphatiques œdémateux furent trouvés le long de la grande courbure. Le tiers inférieur de l'estomac et y com-

pris une portion du duodénum furent excisés, et l'on fit une anastomose. Le patient eut des suites opératoires normales.

Les caractères de cette tumeur ne sont pas ceux d'un cancer et le chirurgien pensa à la syphilis gastrique. L'examen microscopique révéla une infiltration de la muqueuse et musculuse avec leucocytes, infiltration périvasculaire de cellules rondes et épaississement des parois gastriques. Plusieurs cicatrices d'ulcères avec bases nécrotique étaient présentes. Sur les coupes par la méthode de Levaditi (coloration) on découvrit des formes spiralées qui ne purent être identifiées comme spirochètes pâles.

Pour les identifier, on coupa des parties d'estomac en petits morceaux dans une solution salée, puis le tout fut broyé au mortier. Le liquide obtenu fut injecté dans le testicule de deux lapins, puis dans une région riche en ganglions lymphatiques de deux autres lapins.

Ces lapins furent observés fréquemment. Vers le 37^e jour un animal sur deux montra une induration au niveau du testicule inoculé, avec un commencement de nodule.

Au bout du 48^e jour les lapins avaient des syphilomes des testicules, et l'un d'eux avait un chancre du testicule associé.

Les animaux furent sacrifiés. L'examen des testicules révéla la présence de lésions syphilitiques du lapin. Sur champ noir l'examen des coupes montra la présence de tréponème pâles typiques. Lorsque les coupes des lésions furent obtenues par la « supravital method », il fut possible de voir un grand nombre de phagocytes mononucléaires, décrits comme caractéristiques des lésions de syphilis expérimentale. Les tissus fixés par la méthode de Levaditi montrent spirochète pâle typique.

Les filats des spirochètes pâles ainsi trouvés furent inoculés à d'autres lapins, ils produisirent localement les caractéristiques des lésions syphilitiques expérimentales.

LEWALD signale également un cas où le tréponème pâle fut trouvé à l'autopsie d'un syphilitique avéré.

Mais SINGER ne croit pas qu'il s'agit de l'agent pa-

thogène de la syphilis. En effet les spirochètes trouvés sont très nombreux, ce qui est exceptionnel dans la syphilis tertiaire et pour lui il s'agit manifestement de saprophytes d'origine buccale qui prolifèrent dans les tissus nécrosés où l'on rencontre de plus de nombreux bacilles fusiformes. Ayant fait des expériences chez des animaux exempts de syphilis et où la muqueuse gastrique avait été lésée expérimentalement, il a constaté des spirochètes à la surface des lésions. Ce qui prouve que les spirochètes de la bouche peuvent proliférer dans les lésions gastriques. Et, dit-il, ceux que l'on a découvert chez l'homme se trouvaient toujours à la périphérie, donc ce sont des spirochètes banaux venus par la bouche et non des tréponèmes amenés par le courant sanguin.

Il cite le cas d'un jeune homme, âgé de 22 ans et syphilitique avéré, mort de péritonite après résection de l'estomac et chez lequel des spirochètes furent trouvés à la surface d'une ulcération, et qui ne ressemblaient pas à des tréponèmes pâles. Et allant même plus loin, il affirme que l'inoculation au testicule du lapin n'est pas probante.

En résumé l'anatomie pathologique, pas plus que les examens précédemment décrits ne nous apporte aucune certitude, seulement des éléments favorables qui ajoutés aux autres et en dehors de toute autre affection fera penser fermement à la syphilis. Ainsi la découverte et surtout l'identification du spirochète de la syphilis ont été battues en brèche, cependant quoique les critiques puissent être en partie justifiées

et qu'il ne faut affirmer la présence de tréponème pâle qu'avec beaucoup de prudence, dans le cas d'atteinte gastrique, il semble bien néanmoins que ce spirochète a été réellement découvert. Et en particulier dans l'observation que nous venons de citer on peut conclure, avec les auteurs : tous ces examens sont une preuve concluante de la présence du tréponème pâle dans les lésions gastriques.

Il semble bien que c'est de côté, malgré les difficultés rencontrées, on sait en effet combien le tréponème est rare à la période tertiaire, que l'on devra poursuivre les recherches pour trouver un critérium formel de la syphilis gastrique et de la forme biloculaire en particulier où l'on est obligé d'intervenir chirurgicalement si souvent et où par conséquent il est plus facile de pratiquer cet examen.

TRAITEMENT

Nous croyons utile de placer ici le chapitre du traitement, avant le diagnostic comme il est d'usage de le faire; car lorsqu'il s'agit de syphilis gastrique biloculaire, et comme fréquemment d'ailleurs dans les diverses manifestations de la syphilis à la période tertiaire, le traitement est souvent institué alors que la preuve de la syphilis n'est pas faite, nous venons de voir qu'il est pratiquement impossible de faire cette preuve, d'où son nom de traitement d'épreuve, sous lequel on le désigne à ce moment. Aussi a-t-il plus la valeur d'un symptôme au même titre que la clinique ou la radiologie, et d'un élément du diagnostic que la conclusion logique de celui-ci comme dans les autres affections.

Tous les auteurs sont d'accord pour déclarer que la syphilis gastrique doit être traitée énergiquement et longtemps. Mais devant la difficulté d'affirmer la spécificité d'une sténose médiogastrique, il se pose alors la question quand doit-on appliquer le traitement? Lorsqu'il existe un ulcère avec sténose médiogastrique et que le malade est manifestement un syphilitique, certains auteurs, comme M. SETBON pense qu'il faut essayer le traitement même sans commératifs, car, dit-il, plus fréquemment qu'on ne le croit,

on obtient de bons résultats. M. SAVIGNAC écrit lui aussi : « Qui dit que l'ulcus n'est pas sous la dépendance d'un autre organe et que le traitement agira sur celui-ci amenant secondairement la guérison de l'ulcus ».

Il est certain que les risques sont minimes, comme l'écrit M. GUTMANN : « chez qui faire un traitement spécifique prolongé, sinon chez un malade porteur d'un ulcère avec B. W. positif avec cette chlorhydrie diminuée que beaucoup d'auteurs considèrent comme particulière à la syphilis, chez laquelle l'état général, la netteté des crises et des périodes permettent de ne pas être inquiété par le cancer ».

Mais les effets de ce traitement doivent être attentivement suivis, car ainsi que nous l'avons déjà dit, tout dépend de l'évolution, si les lésions tendent à disparaître, il est raisonnable de penser que la syphilis est en cause et de continuer le traitement. Mais si elles ne changent pas sur des clichés successifs, il est plus prudent d'aller voir chirurgicalement et au besoin d'enlever cette lésion qui est peut-être syphilitique mais qui peut fort bien être aussi beaucoup plus grave.

Si la sténose existe seule en apparence, la question du traitement est beaucoup plus complexe, car dans le doute ne va-t-on pas faire perdre au malade des semaines précieuses, d'autre part ce traitement ne va-t-il pas donner un coup de fouet à une lésion maligne ? En général quand il y a doute, le mieux est d'essayer le traitement pendant trois semaines

ou un mois, car comme l'a écrit M. LEVEN, il ne semble pas que l'évolution maligne soit accélérée, et si au bout de ce temps, il n'y a pas d'amélioration ne pas attendre plus longtemps pour intervenir.

Nous venons de parler du traitement médical qui est toujours de mise en cas de sténose médiogastrique syphilitique, mais souvent cette sténose oppose un obstacle mécanique parfois infranchissable au passage des aliments, et si la sclérose dont elle dépend, est très intense, le traitement médical ne peut rien contre elle, aussi une intervention chirurgicale s'impose. Mais quels sont les indications réciproques de ces deux modes de traitement ?

M. UDAONDO pense que l'on doit faire une résection de la sténose avant d'appliquer le traitement médical. D'autres auteurs au contraire admettent qu'il vaut mieux essayer d'abord d'agir médicalement, espérant qu'il sera suffisant, sinon il pourra toujours améliorer légèrement l'état général du malade et faire disparaître le spasme et amener ainsi le patient en meilleur état physique sur la table d'opération.

De ces deux opinions opposées, il est difficile de trancher, il ne peut s'agir que de cas d'espèces, selon la durée des troubles, leur intensité, l'état général du malade on préconisera l'une ou l'autre méthode en premier.

Tels sont les indications thérapeutiques, nous allons maintenant étudier quelles médications pourront être employées. Nous ne parlerons pas des tech-

niques opératoires, ce n'est pas notre rôle, et elles n'ont vraisemblablement rien de particulier dans la sténose syphilitique.

Les principaux agents habituels employés contre la syphilis ont été essayés. La majorité des auteurs semblent s'être ralliés à l'association du mercure et de l'iode. Ce qui semble le plus normal étant donné qu'il s'agit de lésions gommeuses sur lesquelles l'iode a une action si efficace. Mais d'autre part on sait aussi combien l'iode est souvent mal toléré par la muqueuse gastrique, aussi a-t-on été fort surpris de constater les quantités souvent importantes d'iodure que les estomacs syphilitiques supportaient sans la moindre gêne même avec des ulcérations, doses qu'un estomac atteint de lésions banales n'auraient certainement pu tolérer. Aussi il semble que l'iode puisse être essayé sans risque, et avec le plus de succès, car il paraît avoir une action presque spécifique dans cette atteinte gastrique. M. LEVEN cite le cas d'un sujet syphilitique porteur de lésions laryngées et d'une gastropathie syphilitique et chez lequel les ulcérations laryngées furent guéries par des injections de mercure, mais qui conserva toujours son atteinte gastrique jusqu'au jour où on lui administra des suppositoires hydrargiriques et une médication iodée. Et il conclut en disant qu'il y aura autant de médications antisypilitiques que de lésions.

Fait même plus curieux on aurait remarqué que l'action de l'iode serait beaucoup plus efficace par voie digestive que par toute autre voie. En fait si

l'iode a une très grande place, il faut mettre également en ligne de compte le terrain et la nature du tréponème, certains réagissant mieux à une médication plutôt qu'à une autre sans que l'on sache pourquoi, aussi est-il plus prudent si pour une raison ou une autre une médication n'agit mal d'essayer un autre produit.

L'iodure peut être ingéré dans du lait, à la dose de 4 à 8 grammes pour M. G. LAROCHE par jour, encore sous forme de lavements ou de pilules kératinisées.

Le mercure peut être administré par la bouche, mais cependant il semble, qu'il vaut mieux l'employer en injection intraveineuse.

M. LEVEN préconise le traitement suivant :

Suppositoires :

Mercure vif : 3 ou 4 gr.

éteindre dans l'anoline : aa.

et vaseline : 50 cgr.

beurre de cacao : 4 gr.

à prendre le soir pendant 20 jours par mois.

Pendant ce même temps au cours des deux principaux repas ingérer une capsule de lipiodol.

Ce traitement a surtout une action très efficace et très rapide sur les symptômes fonctionnels.

Le bismuth a également une action très intéressante par voie intramusculaire. C'est de son action sur la syphilis, que l'on a voulu en se basant sur son effet remarquable par ingestion dans l'ulcère banal de l'estomac, reconnaître le tréponème comme l'agent causal de l'ulcère simple. C'est croyons-nous

une opinion exagérée, car dans ce cas il agit physiquement comme pansement et non chimiquement, et d'autre part nous ne croyons pas qu'il ait été démontré que le bismuth puisse traverser les muqueuses gastriques ou intestinales.

L'arsenic peu employé autrefois, semble avoir pris une grande extension dans ces dernières années. Bien qu'ayant une action très rapide, il est préférable de ne pas l'employer comme traitement d'attaque de la syphilis gastrique. Cependant si le traitement ne peut être suivi longtemps on pourra l'utiliser utilement, dans tous les autres cas il aura son rôle comme complètement des cures bismuthiques ou mercurielles. On peut utiliser la voie veineuse ou buccale. Le novarsénobenzol, le sulfarsénobenzol, ainsi que le tréparsol, le stovarsol ont été employés de cette façon fort utilement.

Cependant l'arsenic ayant tendance à provoquer des hémorragies, certains auteurs (BENSAUDE et RIVET) le déconseillent ou du moins estiment qu'il faut ne l'utiliser qu'avec prudence. D'ailleurs tout traitement antisyphilitique étant plus ou moins hémorragipare, il est bon de prescrire tout au moins au début du chlorure de calcium. Pour finir avec l'arsenic nous citerons l'opinion de M. RAVAUT. « Les arsenicaux constituent une artillerie de grande puissance contre les premiers assauts de la syphilis. Ils demeurent très inférieurs à l'infanterie mercure iodée pour tenir à distance l'envahisseur très fatigué ».

En fait on n'emploie jamais un de ces produits seul mais en association; nous avons déjà vu l'iode et le mercure utilisés simultanément, mais fréquemment dans l'intervalle des séries on se sert de bismuth ou de novarsénobenzol.

Cependant si le traitement antisypilitique tient la première place avec parfois la chirurgie, il ne faut pas oublier, comme l'écrit M. SURMONT « joindre au traitement général le traitement local, y-a-t-il lieu de signaler l'erreur qui consisterait à agir de façon différente dans les gastropathies. « Il est certain que le régime, les thérapeutiques banales ne peuvent qu'avoir qu'un heureux effet sur l'évolution générale de la maladie.

Dans l'observation suivante, nous allons voir les effets du traitement sur une sténose médiogastrique dont l'origine sypilitique est loin d'être démontré :

OBSERVATION N° 15.

LEVEN (Archives dermato-syphiligraphiques de la clinique Saint-Louis. Juin 1931).

Il s'agit d'une malade souffrant de douleurs médianes en broche, douleurs solaires types, et d'un point latéral; vomissements fréquents après tous les repas, amaigrissement rapide, accès douloureux la nuit.

L'examen baryté donne les renseignements suivants; la bouillie barytée s'arrête d'abord dans une cavité haut situé, puis passe par un long défilé lentement et tombe dans une poche prépylorique. Le point latéral douloureux correspond à la région déformée.

Traitement : régime repos au lit, traitement bromuré. Les

vomissements cessent, l'appétit revient, mais l'amaigrissement persiste. On essaie alors le traitement iodo-mercuriel, malgré l'absence de commémoratifs l'amaigrissement s'arrête, la douleur qui durait encore quoique moins forte disparaît.

Nouvel examen radiologique. Le trajet est peu modifié, mais cependant il est plus souple, se laissant facilement franchir.

Si la malade est guérie fonctionnellement, un troisième examen radiographique ne montre aucun changement de l'image.

Le B. W. est alors trouvé positif.

La malade meurt quelque temps après de péritonite aiguë.

Nous verrons plus loin ce qu'il faut penser de ce cas, cependant dès maintenant, nous pouvons remarquer l'effet rapide du traitement par le mercure et l'iode tout au moins au point de vue fonctionnel, alors que le simple traitement symptomatique n'avait que peu fait diminuer les troubles.

DIAGNOSTICS

Avant tout chez qui survient la syphilis gastrique biloculaire ?

Chez les hérédosyphilitiques les cas en sont rares, il s'agit plutôt de sténose pylorique; cependant il en existe quelques cas dans la littérature, voici une observation qui paraît typique :

OBSERVATION N° 16.

BASCH, KIPFER et LOGEAS (Bulletin et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux, n° 13, 1935).

La malade est une jeune femme de 24 ans vue pour la première fois en Avril 1934, se plaignant de troubles digestifs dont le début remonte à un an, consistant en : douleur après les repas durant une 1/2 heure avec nausées et parfois vomissements calmant la douleur, survenant par crises de 15 jours environ séparées par des intervalles libres de 3 à 4 jours. Perte de poids de 14 kilogs.

La radiographie montre une grande courbure fortement entamée à sa partie moyenne par une échancrure profonde dont le versant supérieur est dentelé irrégulièrement en dents de scie, comme découpé aux ciseaux (BENHAMOU). En regard sur la petite courbure, large encoche à bords réguliers (d'origine spasmodique probablement). On trouve ces déformations sur tous les clichés à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur déterminant une biloculation nette.

A l'examen, on note des dents d'Hutchinson. Elle a accou-

ché de deux jumeaux de sexes différents, l'un est mort-né, l'autre est morte à 18 jours.

Le B. W. est fortement positif. Son mari est bien portant et il a un B. W. négatif.

On lui applique un traitement par novar et iodure, puis par suppositoires mercuriels.

En moins de six mois, elle engraisse de 7 kilogs avec disparition totale des symptômes.

A la radio, modifications lentes, le sillon de la grande courbure est moins profond, biloculation à peine marquée. Mais les séro-réactions restent très positives.

Le dernier cliché en Février 1935, ne montre plus de biloculation, il ne reste que quelques irrégularités sur la grande courbure.

Dans cette observation il semble bien en effet que la biloculation est syphilitique et que cette syphilis était héréditaire chez la malade.

Lorsque la syphilis est acquise, la sténose médio-gastrique est d'apparition tardive, 20 ans après le chancre, donc en période tertiaire. C'est pourquoi maintenant où le traitement syphilitique est de plus en plus appliqué précocément, elle tend à disparaître (LANGERON et DANES). L'alcool serait une cause adjuvante très fréquente, il est certain qu'un estomac déjà lésé a plus de tendance à être touché par d'autres affections.

Etudions maintenant avec quelles autres sténoses médio-gastriques, celle d'origine syphilitique ne doit pas être confondue.

Nous pouvons en considérant ce qui précède affirmer qu'il n'existe aucun signe pathognomonique, ni la clinique, ni la radiologie, ni le laboratoire n'en

fournissent un seul. C'est par la réunion des résultats de ces différents examens que nous pourrions porter un diagnostic plus ou moins ferme et cependant jamais certain. De plus la coexistence de lésions syphilitiques évidentes telles que : gommès, leucoplasie buccale, signe de tabès, aortite, une réaction de Bordet-Wasserman positive autorisent à penser que la lésion gastrique reconnaît la même origine.

Mais surtout, si à la somme des symptômes s'ajoutent les heureux résultats du traitement antisypilitique, le diagnostic peut être considéré comme très vraisemblable. Cependant les effets du traitement amènent certaines réserves. Il ne faudrait pas considérer toujours une lésion comme syphilitique parce qu'il y a eu une amélioration et inversement éliminer complètement la syphilis parce qu'il n'y a pas eu d'amélioration.

Comme dit M. SURMONT : Pour que le traitement d'épreuve puisse appuyer le diagnostic, il faut qu'il ait des résultats éclatants et durables; et Mms BECLÈRE et BENS AUDE. « Pour que l'épreuve thérapeutique ait toute sa valeur, il faut qu'elle ait été précédée de l'échec du traitement usuel et qu'elle donne des résultats rapides et objectifs ».

On constate en effet une amélioration même chez un sujet non syphilitique du moins reconnu comme tel, mais cette amélioration est de courte durée, d'autre part, souvent cette action bienfaisante du traitement se traduit par une cessation des vomissements, des hémorragies, des douleurs. L'appétit revient, le

malade s'arrête de perdre du poids et même engraisse; mais l'image radiologique ne change pas, il est alors probable qu'il s'agit d'une lésion banale chez un syphilitique. En fait, c'est le seul critérium de la sténose syphilitique, si au cours de plusieurs examens à quelques semaines de distance, l'image s'améliore et tend vers la normale, il y a presque quasi certitude de syphilis. Mais l'inverse n'est pas toujours vrai.

Si malgré plusieurs semaines de traitement énergique la lésion ne change pas il ne faut pas se hâter de conclure à l'irresponsabilité de la syphilis. La prudence commande, dans ce cas, d'aller voir grâce à une intervention chirurgicale, et on aura parfois la surprise agréable de trouver peu de lésions, ce qui est en faveur de la syphilis.

En effet, à la période où survient la sténose médiogastrique, le traitement agit uniquement sur les gommès ou les lésions diffuses que sont d'ailleurs rares à ce stade, mais n'a aucune action sur la sclérose qui en est l'aboutissant. En fait, il est rare que l'une ou l'autre forme soit isolée, dans la grande majorité des cas elles coexistent, et le traitement agissant sur les unes, provoque une amélioration plus ou moins importante suivant la prédominance de l'une ou l'autre, puis cette amélioration s'arrête ne laissant plus que la sclérose.

En dehors des compressions de voisinage et dans ce cas le diagnostic est fait facilement par la radioscopie, il existe peu de causes de sténoses médio

gastriques, cependant citons la ptose gastrique qui peut donner des aspects bi-oculaires. L'estomac est dans ce cas très allongé et son bas fond descend au dessous des crêtes iliaques, en général sa tonicité est normale, les troubles fonctionnels sont peu importants et ceux ci sont beaucoup atténués dans la position couchée. En général le diagnostic ne souffre pas de difficulté. Beaucoup plus important est le diagnostic avec l'ulcère et surtout avec le cancer.

La sténose d'origine ulcéreuse donne à la radiologie un aspect spécial : la petite courbure en dehors de la niche lorsqu'elle est visible, présente peu de déformation latérale, au contraire c'est la grande courbure qui est très déformée par la contracture, on a en somme un estomac biloculaire dont les deux poches sont réunies par un conduit latéral situé le plus près de la ligne médiane. De plus la grande courbure en dehors de ce spasme ne présente aucune autre lésion, ses bords sont nets.

Lorsque l'ulcère est visible radiologiquement le diagnostic est facile. Mais si on ne peut apercevoir cet ulcère le diagnostic est beaucoup plus difficile, il faudra alors rechercher attentivement les signes cliniques. C'est alors l'épreuve du traitement qui pourra donner les meilleurs renseignements mais ses résultats doivent être considérés avec de grandes réserves, car il ne faut pas oublier, M. GUTMANN insiste beaucoup sur ce point, que l'ulcère est une maladie survenant par crises commençant brusquement et finissant de même et qu'entre ces crises le

sujet se porte tout à fait bien. C'est pourquoi toutes les médications possibles sembleront le guérir si leur administration coïncide à quelques jours près avec la fin de la crise. Il faut par conséquent pour éviter toute erreur suivre très soigneusement l'évolution sur des clichés radiographiques pris à quelques semaines d'intervalle.

Certains auteurs ont décrit des ulcères syphilitiques, mais ils reconnaissent que le diagnostic entre les deux ulcères est très difficile et ils mettent en évidence les symptômes suivants :

Dans l'ulcus simple, les périodes sont bien tranchées, il y a tendance aux hématomés, les douleurs sont calmées par le bismuth, il y a hyperacidité du suc gastrique.

Dans l'ulcère syphilitique, pour M. Guy LAROCHE en particulier, les douleurs sont continues, ne sont pas calmées par le bismuth, il y a hypoacidité.

Mais l'ulcère ne saigne pas toujours, par contre la syphilis saigne assez souvent, quant à l'acidité elle est variable dans cette dernière maladie.

En fait, ainsi que nous l'avons vu, à propos de l'anatomie pathologique, l'existence de l'ulcère syphilitique n'est pas prouvé un syphilitique pouvant faire un ulcère simple et d'autre part l'épreuve du traitement ne peut trancher entre les deux opinions.

Si le diagnostique d'ulcère ne souffre pas de grandes difficultés, en tout cas le temps ne presse pas; on peut se permettre d'essayer divers traite-

ments; il n'en est pas de même lorsque l'on soupçonne un cancer.

Dans la plupart des cas, la sténose médiogastrique syphilitique simule le cancer, par son évolution, par la clinique et par son image radiologique. Dans les deux cas, il y a perte de l'appétit, amaigrissement rapide, douleur continue avec recrudescence, nausées et vomissements, hémorragies occultes, perception d'une tumeur au creux épigastrique.

On a décrit comme signes différentiels :

l'âge, chez un sujet jeune, il y a de grosses probabilités en faveur de la syphilis, mais dans ce cas bien suivre l'évolution radiologique et ses transformations sous l'effet du traitement. Nous rappellerons les deux jeunes malades de GUTMANN, l'un âgé de 25 ans, l'autre de 28, à qui il fit d'abord un traitement anti-syphilitique sans résultat, qu'il fit alors opérer et l'examen histologique révéla la présence de deux cancers

la discordance entre les signes généraux et locaux, mais souvent l'état général est souvent très atteint dans la syphilis.

l'appétit serait conservé dans la syphilis et pourtant, on y trouve même en plus de la perte de l'appétit de l'anorexie élective.

dans la syphilis, l'anémie serait moins intense, les douleurs prédomineraient la nuit; la tumeur serait plus mobile, plus souple, moins douloureuse.

l'examen du foie, lorsqu'il est négatif serait en faveur de la syphilis, mais le cancer n'a pas toujours

le temps de donner des métastases perceptibles. Par contre, un gros foie avec une grosse rate serait plutôt d'origine syphilitique.

En fait, ce ne sont que des différences de détail, très difficiles à mettre en évidence et à interpréter et dans la pratique on ne peut en tenir compte.

Les autres manifestations de la syphilis et un B. W. positif prouvent que le sujet est syphilitique et l'on sait combien sont fréquents les cancers chez les syphilitiques.

La radiographie donne de bien meilleurs renseignements. Le cancer montre un canal long, tortueux, irrégulier, hérissé de petits aspects lacunaires; les limites juxta-stricturales des poches supérieures et inférieures présentent des aspects lacunaires ou rigides. Quelquefois si le cancer se développe à partir de la grande courbure on peut voir une énorme lacune, arrivée presque au contact de la petite courbure, ne plus laisser qu'un passage étroit, ainsi le canal de communication est excentré. Malheureusement la syphilis gastrique peut réaliser des aspects semblables.

L'épreuve thérapeutique qui serait le meilleur critère, est dangereuse, car elle fait perdre du temps au malade, cependant si dans l'état général est bon il semble que l'on puisse la tenter. Mais beaucoup d'auteurs considèrent que le diagnostic est le plus souvent impossible et conseillent d'intervenir de toutes façons, puisque cette sténose inextensible nécessite elle-même une opération chirurgicale.

En résumé, pour affirmer le diagnostic de sténose médiogastrique syphilitique, on peut dire que seule la clinique n'est rien, la radiographie montre la bi-loculation, l'ensemble des examens permet de suspecter la syphilis, et enfin le traitement apporte l'appui le plus ferme par ses résultats favorables et parfois surprenants.

RESUME DE L'ENSEMBLE DES SIGNES QUI ONT PERMIS LE DIAGNOSTIC DANS LES OBSERVATIONS CITEES PRECEDEMMENT

Nous allons essayer de mettre en évidence les signes qui ont permis dans les observations rappelées dans ce travail, de faire le diagnostic de syphilis gastrique biloculaire.

Observation n° 1. — La glossite, l'aortite la réaction de BORDET-WASSERMANN positive font penser que la lésion gastrique est également d'origine syphilitique, opinion confirmée par la guérison anatomique contrôlée par la radiographie.

Observation n° 2. — La connaissance d'une syphilis ancienne mal traitée oriente le diagnostic de ce côté et le traitement améliorant anatomiquement la sténose lève les doutes.

Observation n° 3. — Quoique le diagnostic de cancer paraisse le plus vraisemblable, on tente le traitement antisypilitique sans aucune preuve de l'atteinte syphilitique, malgré l'absence de guérison anatomique, il est presque certain que le diagnostic est exact car un cancer aurait certainement évolué en 5 mois, alors qu'avec la guérison fonctionnelle, l'image radiologique a légèrement régressé.

Observation n° 4. — Dans celle-ci, contrairement

à l'habitude, ce sont les symptômes fonctionnels qui n'ont pas regressé sous l'effet du traitement alors que les signes physiques allaient en diminuant, l'examen histologique ayant montré qu'il n'y avait pas de cellules néoplasiques, il est vraisemblable que la syphilis est en cause, le B W. étant positif.

Observation n° 5. — Ce sont les effets du traitement qui rend le diagnostic certain, la syphilis étant reconnue.

Observation n° 6. — Le traitement n'a pu être appliqué assez longtemps, l'examen histologique donne peu de renseignements, c'est par suite de l'existence de la syphilis qu'on lui rattache la sténose.

Observation n° 7. — Ici encore l'effet du traitement fait le diagnostic.

Observation n° 8. — Le B. W. est positif, l'intervention est en faveur de la syphilis, ainsi que l'examen histologique, de plus l'amélioration par le traitement forment un faisceau de preuve qui ne semble pas permettre le doute.

Observation n° 9. — L'amélioration par le traitement fait le diagnostic.

Observation n° 10. — Celle-ci ne rentre qu'indirectement dans le sujet, et nous n'avons pas à nous occuper de son diagnostic.

Observation n° 11. — La syphilis ici n'est pas connue et pourtant la sténose médiogastrique est considérablement diminuée par le traitement anti-

syphilitique, ce qui fait pencher le diagnostic en faveur de la syphilis.

Observation n° 12. — L'examen histologique élimine le cancer et est très en faveur de la syphilis, l'amélioration par le traitement confirme celle-ci comme étiologie de la sténose.

Observation n° 13. — L'abondance des lésions syphilitiques chez cette malade amenant à penser que l'atteinte gastrique est de la même origine.

Observation n° 14. — L'examen histologique montre qu'il n'y a pas de cancer et fait penser à la syphilis, ce qui est confirmé par la découverte des trépônèmes.

Observation n° 15. — La syphilis est certaine, mais le traitement a été trop court pour que l'on puisse juger ses effets, cependant la légère amélioration amène à penser que la lésion est bien syphilitique.

Observation n° 16. — C'est encore le traitement qui fait le diagnostic.

D'après ce résumé on ne peut que répéter qu'il est impossible d'affirmer la sténose médiogastrique syphilitique et d'autre part on peut mettre en évidence l'importance de l'épreuve du traitement.

CONCLUSIONS

Le diagnostic de la biloculation gastrique ne peut se faire que par la radiologie.

Parmi les nombreuses formes de la syphilis gastrique, la biloculation est la plus fréquente. Sa nature ne peut être connue à la clinique, la radiologie, l'anatomie pathologique ou le laboratoire séparés. C'est l'ensemble de ces examens, auxquels viendront se joindre les commémoratifs, les antécédents, l'évolution et surtout les résultats du traitement, qui donneront une impression favorable jamais une certitude.

A l'élément organique, gomme sclérose et sclérogomme, s'ajoute un élément spasmodique qui cède facilement et rapidement au traitement, amenant une amélioration fonctionnelle précoce et qui est suivie parfois de la guérison anatomique.

Nous insisterons encore une fois sur la grande valeur de l'épreuve thérapeutique, mais à condition qu'elle soit contrôlée fréquemment par des clichés gastriques en séries à quelques semaines d'intervalles.

Pour le traitement tous les produits usuels peuvent être employés, mais l'association iode mercure est la plus active.

Enfin si le diagnostic de la biloculation gastrique syphilitique n'est jamais formel, on peut espérer que dans un avenir proche, l'identification indubitable du Tréponème de SCHAUDINN pourra la faire reconnaître avec certitude.

Vu : Le Président de Thèse,

A. GOSSET.

Vu : Le Doyen,

M. TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDRAL. — *Clin. médicales*, Paris 1834.
- AUBOURG. — Exploration radiographique de l'estomac. *Paris médical*, N° 27, p. 15.
- AGASSE-LAFONT. — La syphilis de l'estomac. *La consultation*, Nov. 1932.
- BARD. — Du diagnostic des tumeurs syphilitiques de l'estomac et de l'intestin. *Arch. mal. appar. digestif et nutrition*. Janv. 1919.
- BENHAMOU et BLOUMENTZWEIG. — Syphilis gastrique héréditaire tardive. *Arch. des mal. de l'appar. digestif et des mal. de la nutrition*, N° 1, Janvier 1933.
- BARRET et LEVEN. — Biloculation gastrique par distension gazeuse de l'estomac et du colon. *Bull. et Mém. Soc. radiologie méd. de Paris*, 1911.
- BASH, KIFFER et LOGEAS. — Un cas de syphilis héréditaire tardive. *Bull. de la Soc. médicale des Hôp. de Paris*, N° 13, 1935.
- BARTHÉLEMY. — Manif. gastr. de la syphilis. *Gaz. des Hôp.*, 27 août 1921.
- BENSAUDE et RIVET. — Manifest. gastr. de la syphilis.
—— Syphilis de l'estomac. *Presse Médicale*, 25 oct. 1919.
- BENSAUDE. — Maladies de l'intestin.
- BAULOT. — Syphilis de l'estomac à forme d'ulcère.
- BRASOVAN. — Un cas de syphilis gastrique. *Medicinski Pregled*, T. 12, Mai 1937.
- BOCKISS et BANK. — Upper gastro-intestinal disease associated with syphilis. *The Ameri. Journ. of Syphilis*, N° 1, January, 1929, p. 30.
- BENSAUDE et CHILAUDITI. — Radiologie de l'estomac biloculaire. *Bull. Méd. Radiol.*, N° 1.
- CHIRAY, CHÊNE et POIRIER. — Syphilis gastrique, problèmes

- qu'elle soulève en pratique médicale. *Les cahiers de Gastro-entérologie*, N° 9, 1^{er} juillet 1934.
- CADE. — Ulcère gastrique et syphilitique. *Méd.* Juillet 1922.
- CHAUFFARD. — Syphilis gastrique. *Journal des Praticiens*. Juin 1921.
- CERNE et DELAFORCE. — A propos du diagnostic radiologique de l'estomac biloculaire. *Arch. mal. Appar. digest. et nutrition*, N° 6, 1912.
- COLETTE. — Diagnostic radioscopique des biloculations gastriques (1913).
- CASTEX. — La syphilis dans l'étiologie des ulcères gastriques et duodénaux. *Prensa medica Argentina*, 10 mai 1918.
- CHIARI. — Über magens syphil. *Zeitschrift zu Wirchow*, 70 Geburtstag, 1891.
- DELORE et ALAMARTINE. — Ulcère en évolution et biloculation gastrique. Traitement chirurgical. *Revue de Chir.*, 1909.
- DUVAL. — A propos des aspects biloculaires de l'estomac à l'examen radiologique. *Arch. mal. App. digest. et nutr.*, 1919, N° 3.
- DIEULAFOY. — Manuel de Pathologie interne.
- DUJARDIN-BAUMETZ. — *Gaz. des Hôpitaux*, 1866.
- EUSTERMANN. — La syphilis gastrique. Réflexions basées sur 93 cas. *The Journal of the Amer. Med. Associat.*, 17 janv. 1931.
- Syphilis of the stomach report of a case. *Med. clinics of north America*. Nov. 1919.
- EYRAUD-DECHAUX. — Ulcères syphilitiques gastro-duodénaux. *Archives Médico-chirurgicales de province*, 1921.
- FAROY. — Linite syphilitique. *Archives maladies de l'appareil digestif*. Juillet 1926.
- FENSTER. — Estomac rétracté syphilitique. *Arch. für clin. chir.*, 25 janv. 1937.
- FOURNIER. — Traité de la syphilis.
- FRAENKEL. — *Münch. Med. Wochenschriften* (1898).
- FRERICHS. — Traité des maladies du foie (1866).
- FLORANT et GIRAULT. — Syphilôme gastro-hépatique. *Presse Médicale*, 22 oct. 1921.

- GASTRIC SYPHILIS. — Data accumulated from eighty nine cases. *Staff meetings of the Mayo Clinic*. Avril 1930.
- GOUGEROT. — Ulcère gastrique syphilitique et para-syphilitique. *Journal des praticiens*. Août 1927.
- GUTMANN. — Les syndromes douloureux de la région épigastrique.
- Ulcère gastrique non syphilitique chez une syphilitique. *Archives mal. de l'appareil digestif*, 12 mai 1930.
- GAILLARD et MENDELSON. — Un cas de syphilis gastrique. *Soc. Méd. Hôp.*, 16 mai 1919.
- GOSSET, GUTMANN et BERTRAND. — Syphilis gastrique infiltrée à forme tumorale. *Arch. mal. de l'appareil digestif*. Mai 1930.
- GAILLIARD. — Syphilis gastr. et ulcère simple de l'estomac. *Arch. Méd.* Janv. 1886.
- HARRIS et MORGAN. — The isolation of spirochète pallida from the lesion of gastric syphilis. *The journal of the American medical assist.* 22 oct. 1932.
- HAMONT, BODART et CHALNOT. — *Soc. de Méd. de Nancy*.
- HAUSSMANN. — *Zerts für Klin. med.*, 1924.
- HAYEM. — Sur un nouveau cas de syphilis gastrique. *Presse Médicale*, 2 mai 1906.
- De la syphilis stomacale. *Presse méd.*, 18 fév. 1905.
- HAYEM et LION. — Les maladies de l'estomac.
- HOENISH. — Diagnostic roentgenien de l'estomac en sablier. *Soc. med. de Hambourg in Münchener medizinische Wochenschrift*, 1912.
- HILL. — Syphilis of the stomach. *The American journal of syphilis*. Août 1930.
- HARVIER et CAROLI. — Syndrome aortico gastrique chez un syphilitique. *Paris médical*, 25 avril 1931.
- HARTWELL. — Syphilis de l'estomac. *Annoj Surgery*. Avril 1925.
- JEANNE. — Estomac biloculaire traité par gastro-anastomose et la gastro-entéro-stomose. *An. interne de chirurg. gastro-intestinale*, 1909.
- KOUJETZNY. — *Paris médical* 25 avril 1931.
- KALK. — Syphilis gastrique chez un garçon atteint de syphi-

- lis congénitale. *Klin. Wochenschrift*, 22 décembre 1934.
- KOHLMAN. — Mitt. aus den grenzg. (1924).
- LE WALD. — Roentgen diagnosis of gastric Syphilis. *The journal of the american medical association*, 17 janvier 1931.
- Roentgen diagnosis of the syphilis of the stomach. *Radiology*, 1926.
- LERICHE et JUNG. — Ulcère gastrique avec niche, chez un syphilitique avéré. *Gazette des Hôpitaux*, 2 juillet 1930.
- LAROCHE. — Syphilis gastrique. *Bruxelles Médical*, 10 sept. 1933.
- LEVEN. — Traitement de la syphilis en général et de la syphilis gastrique en particulier. *Bull. de la Soc. Thérapeuth.*, 8 nov. 1922.
- *La clinique*, Janv. 1922.
- Unique traitement de la syphilis gastrique. *Presse médicale*, 11 janv. 1930.
- Syphilis gastrique et son trait. spécial. *Arch. dermato-syphiligraphique de la clinique de St-Louis*. Juin 1931.
- LENOIR et GILSON. — Sur quelques cas rares en pathologie gastrique. *Revue médicale française*, 1926.
- LION. — Syphilis de l'estomac. *Paris médical*, 3 juin 1911.
- LEMIERRE. — Sur deux cas de gastropathie grave ayant simulé le cancer et probablement de nature syphilitique. *Gaz. des Hôp.*, 25 fév. 1931.
- LEMIERRE, GAUTHIER et RAULOT-LAPOINTE. — Particularités de l'image radioscopique dans un cas de syphilis de l'estomac. *Gaz. des Hôpitaux*, 8 et 10 mars 1921.
- LANGERON. — Quelques observations de syphilis gastrique. *Journal de médecine et chirurgie pratiques*, 25 avril 1931.
- LANGERON et DANES. — Syphilis et gastropathie. *Journal des sciences médicales de Lille*, 17 mars 1935.
- LENOIR et BARIETY. — Considérations sur la pathogénie de l'estomac biloculaire d'origine ulcéreuse. *Presse Médicale*, 29 mars 1924.

- LEGROS. — Radiodiagnostic de l'estomac biloculaire. *Arch. mal. appar. digestif et nutri.*, T. 6.
- LEMESLE. — Contribution à l'étude de l'estomac biloculaire. *Thèse de Toulouse*, N° 40.
- LAFLEUR. — Un cas de syphilis gastrique. *Montréal M. J.*, 1903.
- LEVEN et BARRET. — Syphilis gastrique grave. Estomac biloculaire guéri par le traitement mercuriel et iodé. (25-2-1910).
- LUMIÈRE. — Syphilis gastrique biloculaire. *Thèse* 1926, Paris.
- MOUSSEAU. — Ulcère de la petite courbure d'origine spécifique, sa thérapeutique. *Union médicale du Canada*. Janv. 1931.
- MORICHAU-BEAUCHANT.
- MATHIEU. — Syphilis gastrique. *Gazette des Hôpitaux*, 87.
- MAZEL. — Ulcères gastro-duodénaux et syphilis. Montpellier, 1921.
- MORHARDT. — Syphilis gastrique. *Vie médicale*, 25 février 1927.
- MASON et BARKER. — Syphilis tardive de l'estomac. *Surg. Clin. N. America*, 1933.
- MARIANO et CASTEX. — La syphilis dans l'étiologie des ulcères gastriques et duodénaux. *Prensa medica Argentina*, 30 oct. 1917.
- MONPROFIT. — Diagnostic de l'estomac biloculaire. *Ann. interne de chirur. gastro-intestinale*, 1919.
- NOEBER et DEGROENWE. — Contribution à l'étude des estomacs biloculaires. *Ann. interne de chirur. gastro-intestinale*, 1911.
- POOLE et FORSTER. — Gastrite syphilitique chronique avec gastrectomie totale et anémie pernicieuse. *The journal of the American medical association*.
- POINSO, POURSIDES, CAPUS et CARLIN. — Un nouveau cas de gastrite syphilitique interstitielle. *Soc. de Médec. de Marseille*, 29 nov. 1935.
- PLUDER. — Über Magenlues. *Röntgenpraxis*, 15 déc. 1931.
- PERNET. — Les faux cancers de l'estomac.
- PINARD. — Syphilis de l'estomac. *Revue de Médecine*, 1930.

- POINO et POURSIÈNE. — Gastrite syphilitique interstitielle. *Arch. de méd. générale et colon.*, 1933, N° 4.
- PRON. — Un cas de syphilis gastrique héréditaire à forme ulcéreuse demi frustre. *Bull. et Mémoire de la S. M. H.*, Bucarest, Mai 1921.
- PETIT-DUTAILLIS et BERTRAND. — *Archives maladies de l'appareil digestif*, 13 janv. 1930.
- PATER. — Syphilis de l'estomac. *Gazette des Hôpitaux*, 16 nov. 1907.
- POUCHET. — L'estomac biloculaire et son traitement chirurgical. *Thèse de Lyon*, Déc. 1906.
- RACHET (J.). — Syphilis gastrique. *Vie médicale*, 15 déc. 1922.
- SINGER. — Syphilis de l'estomac. Considérations sur la signification des spirochètes. *Arch. of internal médecine*, Mai 1933.
- SURMONT. — Syphilis et gastropathie. *Echo médical du Nord*, Oct. 1926.
- SAVIGNAC. — La question du diagnostic de la syphilis de l'estomac à forme d'ulcère ou cancer avec ulcère et cancer de l'estomac. *Journal de médecine de Paris*, 1^{er} août 1925.
- Syphilis gastrique. *Journal de médecine de Paris*, 1921.
- SUNDARAM. — Un cas de syphilis gastrique. *The indian medical gazette*, Déc. 1931.
- SETBON. — Gastrite syphilitique. *Presse médicale d'Egypte*, 1^{er} juin 1934.
- STIERLIN. — Etudes radiologiques sur les spasmes de l'estomac. *Munchener Medizinische Wochenschrift*, 1912.
- SMITHIES. — Tertiary lues gummata of the stomach and charcot's knee. *Quart. med. clin. Saint-Louis*, 1919.
- TUFFIER et ROUX-BERGER. — L'estomac biloculaire. *Presse médicale*, 31.
- TOPINARD. — Vomissements incoercibles. Traitement antisyphilitique et alimentation par le rectum. *Gaz. des Hôpitaux*, Déc. 1885.
- TROUSSEAU. — Traité de thérapeutique.

- TURRIES. — Le syndrome douloureux syphilitique de l'épigastre. *Actualités médico-chirurgicales*, 1930.
- TURPIN. — F. Clin. de la syphilis gastrique. *Œuvre médicale*, Février 1925.
- TUOHY. — Luetic contracture of the stomach. *Interstat med. Journal St-Louis*, 1914.
- THOMAS. — Les gastropathies des syphilitiques. *Centre Médical*, 1^{er} mai 1924.
- UDAONDO. — El Hospital Argentino, T. 3, N° 9.
- VEYRASSAT. — L'estomac biloculaire et son traitement chirurgical. *Revue de chirurgie*, 28.
- VEZINA et MAYRAND. — Un cas de syphilis probable de l'estomac. *Bull. de la soc. méd. des Hôpitaux universit. de Québec*.
- WEILL. — 4 cas de syphilis gastrique. *Bull. soc. thérapeu.*, 8 nov. 1922.

